Fondation Nationale de Gérontologie

PROJET POEM

ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DANS LE CADRE DU PLAN NATIONAL ALZHEIMER

RAPPORT D'ETUDE

Comité scientifique réuni par le Dr Dominique Somme

Décembre 2010

Membres du comité scientifique

Sous la responsabilité de **Dominique Somme**, Gériatre-Assistance Publique Hôpitaux de Paris-Hôpital Européen Georges Pompidou, Chercheur en Santé Publique-Direction Générale de la Santé, Ministère du travail de l'Emploi et de la Santé, Chargé d'enseignement à l'Université Paris Descartes-Faculté de Médecine.

Membre du comité scientifique :

Jean-Yves Barreyre, Directeur du CEDIAS, Directeur du CREAHI Ile de France, Responsable du Pôle Etudes, Recherches et Observation de l'ANCREAI.

Marie-Aline Bloch, Directeur de la recherche de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Yves Couturier, Ph.D., Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gérontologie, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke.

Pauline Gervais, Doctorante en gérontologie, Université de Sherbrooke.

Réjean Hébert, MD Mphil., Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Jean-Claude Henrard, Professeur émérite de santé publique, Laboratoire UPRES-EA 2506, Santé, Environnement, Vieillissement, Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines.

Anne Kieffer, Médecin expert à la CNSA.

Mathilde Nugue, socio-anthropologue, ingénieure d'études, Fondation Nationale de Gérontologie.

Matthieu De Stampa, MD PhD, Laboratoire UPRES-EA 2506, Santé, Environnement, Vieillissement, Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines.

Remerciements

Nous souhaitons remercier particulièrement l'ensemble des professionnels pour leur disponibilité :

- A l'ensemble des gestionnaires de cas
- Aux pilotes des sites MAIA
- Aux trois promoteurs des outils d'évaluation multidimensionnelle.

Merci pour leur investissement et leur gentillesse.

Nous remercions également Antoine Rode, qui a participé à la collecte des données et à leur analyse.

Cette étude a été rendu possible grâce à un financement d'une part de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et d'autre part de la Fondation pour la Coopération Scientifique pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Table des matières

MEMBRES DU COMITE SCIENTIFIQUE **2**

TABLE DES MATIERES **4**

INTRODUCTION **11**

1. CONTEXTE 11
2. PROJET POEM 12
3. METHODOLOGIE 14
   3.1. Une approche socio-anthropologique *14*
   3.2. Mode de recueil d'information *15*
   3.3. Terrain et méthode d'analyse *17*
   3.4. Echantillon *18*

PREMIERE PARTIE : L'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE **20**

1. NOTION D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE 20
   1.1. Une approche novatrice *20*
   1.2. Une évaluation dynamique *20*
   1.3. Une évaluation incomplète *21*
   1.4. Une évaluation subjective *21*
   1.5. Le croisement des discours *22*
   1.6. Lien entre évaluation multidimensionnelle et intégration *22*
2. PROCESSUS D'EVALUATION GENERALE 23
   2.1. Mode d'entrée en gestion de cas *23*
      2.1.1. Le « signalement », terme employé par les professionnels 23
   2.2. Première visite à domicile *24*
      2.2.1. Établir une relation de confiance pour pallier au caractère intrusif de l'évaluation 24
      2.2.2. Introduire l'évaluation 25
      2.2.3. Consentement de l'usager 26
   2.3. Pratiques d'évaluation *28*
      2.3.1. Le rapport des professionnels au support d'évaluation multidimensionnelle 28
      2.3.2. Les sources d'informations 29
      2.3.3. Le remplissage de l'outil 31
      2.3.4. La place centrale de l'usager dans l'accompagnement global 31

DEUXIEME PARTIE : RECEPTIVITE DU GEVA-A 33

1. PRESENTATION DU GEVA-A 33
1.1. Historique 33
1.2. Démarche et objectifs 34
1.3. Version utilisée de l'outil 35
1.4. GEVA-A est-il un outil ? 35
2. CONTEXTES D'UTILISATION DU GEVA-A 36
2.1. Principales caractéristiques des sites utilisant le GEVA-A 36
2.2. Choix de l'outil par les sites 36
2.2.1. Un outil « gratuit » 36
2.3. Hétérogénéité des versions utilisées de l'outil 36
3. CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL 37
3.1. Un guide de recueil de données 37
3.2. Un outil figé 37
3.3. Un guide de pratiques 38
3.4. Un outil multidimensionnel 38
3.5. Un outil redondant 39
3.6. Un outil non standardisé 39
3.7. Un outil non informatisé 40
4. PRATIQUES LIEES AU GEVA-A 40
4.1. Remplissage de l'outil, une pratique non standardisée 40
4.1.1. Il n'est pas nécessaire de remplir l'intégralité de l'outil 40
4.1.2. Notes et supports de remplissage 41
4.1.3. Le refus de remplir l'outil 41
4.1.4. « Remplir pour le remplir » 42
4.2. Synthèse 42
4.2.1. Construction de la synthèse non standardisée 42
4.2.2. Confusion entre la synthèse et le plan de service individualisé 43
4.2.3. Des synthèses réalisées uniquement dans le cadre du partage de l'information 43
4.3. Réévaluation, une pratique qui manque de cadre 43
4.3.1. Peu de réévaluations effectives 44
4.3.2. Un cadre flou 44
5. DIFFICULTES DES PROFESSIONNELS LIEES AU GEVA-A 45
5.1. Un démarche lourde 45
5.2. Des pratiques improvisées 45

5.3. Remaniement de l'outil ... *46*
5.3.1. Un travail pluridisciplinaire ... 46
5.3.2. Modifications de fond ... 46
5.3.3. Modifications de forme ... 47
5.3.4. Conséquences du remaniement sur l'appropriation ... 47
6. QUALITES DU GEVA-A ... 48
6.1. L'outil permet de connaitre les besoins de la personne : des avis partagés ... *48*
6.2. Le GEVA-A ne rend pas compte de situations à risque ... *48*
6.3. Le GEVA-A ne facilite pas la réalisation du plan de services individualisé ... *48*
6.4. Le GEVA-A contient la grille AGGIR ... *49*
7. COUTS ... 49
7.1. Coûts pour les MAIA ... *49*
7.1.1. Gratuité des droits d'utilisation et de la formation à l'outil ... 49
7.1.2. Coût matériel d'impression et de stockage de l'outil ... 49
7.1.3. Coût humain et d'appropriation de l'outil ... 50
7.2. Coûts pour la CNSA ... *50*

TROISIEME PARTIE : RECEPTIVITE DE L'OEMD-SMAF ... 51

1. PRESENTATION DE L'OEMD-SMAF ... 51
1.1. Historique ... *51*
1.2. Objectifs et démarche ... *52*
1.3. Version de l'outil utilisée dans le cadre des MAIA ... *52*
2. CONTEXTES D'UTILISATION DE L'OEMD-SMAF ... 53
2.1. Principales caractéristiques des sites utilisant l'OEMD-SMAF ... *53*
2.1.1. Divers porteurs ... 53
2.1.2. Rappel du panel interrogé (effectif, formations initiales) ... 54
2.2. Choix de l'outil par les sites ... *54*
2.2.1. Le SMAF déjà utilisé sur le territoire ... 54
2.2.2. Volonté d'expérimenter un nouvel outil ... 55
2.2.3. Un choix influencé ... 55
3. CARACTERISTIQUES DE L'OEMD-SMAF ... 55
3.1. Un guide de pratiques ... *55*
3.1.1. Ligne de conduite ... 55
3.1.2. Trame d'entretien ... 56
3.2. Un outil global basé sur l'autonomie fonctionnelle ... *56*
3.3. Dissociation de l'outil ... *57*

3.3.1. L'OEMD-SMAF est appelé le « SMAF » ... 57
3.3.2. SMAF vs OEMD ... 57
3.3.3. Pour autant des outils complémentaires ... 59
3.3.4. Conséquence sur les pratiques ... 60
4. PRATIQUES LIEES A L'OEMD-SMAF ... 60
4.1. Remplissage de l'outil ... 60
4.1.1. Un remplissage conséquent et exhaustif ... 60
4.1.2. Pratiques diverses ... 61
4.1.3. Le délai de remplissage de l'outil ... 63
4.2. Synthèse ... 63
4.2.1. Une pratique généralisée ... 63
4.2.2. Des synthèses non réalisées ... 64
4.3. La réévaluation, pratique encore marginale ... 64
5. DIFFICULTES LIEES A L'OUTIL ... 65
5.1. Lourdeur dans le remplissage de l'outil ... 66
5.2. Données manquantes ... 66
5.3. Remaniements ... 66
6. QUALITES DE L'OUTIL ... 67
6.1. Rend compte des besoins de l'usager ... 67
6.2. Rend compte des risques encourus par l'usager ... 68
6.3. Facilite la réalisation du plan de services individualisé ... 68
7. COUTS LIES A L'UTILISATION DE L'OUTIL ... 68
7.1. Coûts financiers ... 68
7.1.1. Frais initial d'acquisition du logiciel eSMAFII ... 68
7.1.2. Droits de l'outil réinvestis dans la recherche et les études par le CESS ... 68
7.1.3. Coûts de formation ... 69
7.1.4. Coûts matériels ... 69
7.2. Coûts humain ... 69

QUATRIEME PARTIE : RECEPTIVITE DU RAI-DOMICILE ... 71

1. PRESENTATION DU RAI -DOMICILE ... 71
1.1. Historique ... 71
1.2. Démarche et Objectifs ... 72
1.3. Version utilisée de l'outil ... 72
2. CONTEXTES D'UTILISATION DU RAI -DOMICILE ... 73
2.1. Principales caractéristiques du site utilisant le RAI-Domicile ... 73

2.2. Choix de l'outil par le site ... *73*
2.3. Limite, un site MAIA concerné ... *74*
3. CARACTERISTIQUES DU RAI-DOMICILE ... 74
3.1. Guide de pratiques professionnelles ... *74*
3.1.1. Trame d'évaluation ... 74
3.1.2. Les GAD (Guides d'analyse standards), accompagnent les professionnels dans leurs pratiques ... 74
3.2. Outil fin et précis ... *75*
3.3. Donne une photographie de la situation de l'usager ... *75*
3.4. Outil multidimensionnel ... *76*
3.5. Evalue les conséquences des pathologies ... *76*
3.6. Outil standardisé ... *77*
3.7. Outil informatisé ... *77*
3.8. Exploitation des données engendrées par l'outil ... *77*
4. PRATIQUES LIEES AU RAI-DOMICILE ... 78
4.1. Remplissage de l'outil ... *78*
4.1.1. Obligation de remplir l'ensemble des items ... 78
4.1.2. Temps de remplissage jugé « non problématique » ... 78
4.2. Synthèse ... *79*
4.2.1. Le logiciel rend compte d'une synthèse ... 79
Dans un premier temps, le logiciel du RAI-Domicile donne automatiquement une synthèse en fin d'évaluation. Cette synthèse met en exergue les points saillants de la situation de l'usager. ... 79
4.2.2. Les alertes fournies par le logiciel ... 79
4.3. Réévaluation partiellement faite ... *80*
5. DIFFICULTES LIEES A L'OUTIL ... 81
5.1. Nécessité d'être vigilant aux intitulés des items ... *81*
6. QUALITES DE L'OUTIL ... 82
6.1. Rend compte des besoins de l'usager ... *82*
6.2. Rend compte des comorbidités ... *82*
6.3. Les alertes ... *82*
6.3.1. Rendent compte des risques encourus par l'usager ... 82
6.3.2. Priorisent les interventions ... 83
6.4. Le RAI-Domicile est compatible avec la grille AGGIR ... *83*
7. COUTS LIES A L'UTILISATION DE L'OUTIL ... 84

7.1. Coûts financiers ... *84*
7.1.1. Droits de l'outil et mise en réseau avec le serveur central ... 84
7.1.2. Coûts d'adhésion à France-RAI ... 84
7.1.3. Coûts de formation ... 84
7.1.4. Coût matériel ... 85
7.2. Coûts humains ... *85*

CINQUIEME PARTIE : RESULTATS TRANSVERSAUX ... 86

1. INFLUENCE DES FORMATIONS INITIALES DANS LES PRATIQUES D'EVALUATION ... 86
1.1. Professionnels pas forcément à l'aise avec l'outil ... *86*
1.2. Infirmiers et psychologues ... *86*
1.3. Travailleurs sociaux ... *87*
2. ADAPTATION DES OUTILS AUX TROUBLES COGNITIFS ... 88
2.1. L'OEMD-SMAF et le RAI-Domicile adaptés aux personnes atteintes de troubles cognitifs ... *88*
2.2. Le GEVA-A encore trop tourné vers le handicap ... *88*
3. ADAPTATION DU GESTIONNAIRE DE CAS ... 89
4. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ... 89
4.1. Trois types de formations à l'outil ... *90*
4.1.1. Le GEVA-A ... 90
4.1.2. L'OEMD-SMAF ... 91
4.1.3. Le RAI ... 93
4.2. Des formations indispensables ... *94*
4.3. Nécessité de formations complémentaires et/ou de rappel ... *94*
5. INTERDISCIPLINARITE ... 95
5.1. Fondement des trois outils d'évaluation multidimensionnelle ... *95*
5.2. L'importance du médecin traitant ... *95*
5.3. Multiplication des partenaires ... *96*
5.4. Interdisciplinarité entre gestionnaires de cas ... *96*
5.5. Plus-value des réunions de concertation ... *97*
6. LE PARTAGE DE L'INFORMATION ... 97
6.1. Pratiques et cadre ... *97*
6.1.1. Démarche du partage ... 97
6.1.2. Secret professionnel ... 98
6.2. Partenaires de partage ... *98*
6.3. Supports de partage ... *99*

6.3.1. Partage informel et formel 99
6.3.2. La synthèse 99
6.3.3. Le Plan de Services Individualisé 99
6.3.4. Outil comme support lors de réunions de concertation 100
7. RAPPORT AU MODE EXPERIMENTAL 100
7.1. Des professionnels concernés et impliqués 100
7.2. Un manque de soutien de l'équipe projet national 101
7.2.1. Des pilotes dans leurs missions 101
7.2.2. Des gestionnaires de cas 101
7.3. La place de l'outil dans l'expérimentation 102
7.3.1. Légitime l'action du gestionnaire de cas 102
7.3.2. La possibilité de remanier GEVA- A : une expérimentation qui s'ajoute aux autres 103
DISCUSSION 104
BIBLIOGRAPHIE 116
***RAPPORTS ET OUVRAGES* 116**
***ARTICLES* 118**
***COLLOQUES* 120**
ANNEXES 122

Introduction

1. Contexte

Le Plan National Alzheimer 2008-2012 répond à la progression de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en France qui touchent actuellement entre 400 000 et 800 000 personnes. Le plan national se compose de 44 mesures visant tout particulièrement à « organiser et fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants. » [Plan National Alzheimer, mesure 4]

La mesure 4 du Plan National Alzheimer expérimente un dispositif intégrant les services requis pour cette clientèle et provenant autant des secteurs sanitaire et social, appelé Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées à leur domicile. Dans ce cadre, il est expérimenté le déploiement de nouveaux professionnels, les « coordonnateurs » (mesure 5 du Plan National Alzheimer) aussi appelés « gestionnaires de cas ». Ils ont pour fonction de mettre en place et de coordonner l'accompagnement de l'usager en situation complexe, à son domicile. Pour cela, ils réalisent une évaluation globale de la situation de l'usager en situation complexe grâce à un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé.

Une évaluation multidimensionnelle est une procédure utilisée pour décrire de façon systématisée l'ensemble des besoins d'une personne dans les sphères biologiques, psychologiques, sociales et fonctionnelles en interaction avec les conditions d'environnement, cela afin d'établir les meilleures procédures pour mobiliser les services nécessaires dans un plan de services individualisé où le terme « service » doit être entendu comme inclusif à la fois des services de santé et de l'aide sociale mais également des services rendus à la personne par des proches aidants et non professionnels.

L'utilisation d'un outil standardisé, commun aux différents intervenants, a pour objectif de permettre une évaluation unique, commune à tous, produisant un portrait partagé, compréhensible et cliniquement valide de la perte d'autonomie. Elle s'inscrit donc dans une démarche de recherche de qualité dans la prise en charge de la personne qui se base sur

l'évaluation des « besoins réels » mais aussi des « besoins normatifs » des usagers [Hébert, à paraître].

En cela, au travers de l'expérimentation, les préoccupations des pouvoirs publics français rejoignent ceux de divers pays (Belgique, Royaume Uni, Nouvelle-Zélande, Australie, Canada notamment) [Sutcliffe, 2008]. Au delà de l'enjeu interprofessionnel du diagnostic partagé, base de l'intégration clinique, l'adoption d'un outil standardisé commun d'évaluation poursuit également l'objectif de développer, à des fins manageriales ou scientifiques voire stratégiques, l'intégration verticale en permettant l'utilisation d'informations agrégées et fiables sur les besoins des populations [Somme, 2008].

2. Projet POEM

L'étude ici menée fait suite aux travaux de la CNSA qui indique dans son rapport d'étape de janvier 2009 [Bloch et al., 2009] la nécessité « d'étudier les réticences et freins pour mieux préparer le terrain dans le cas où de nouveaux outils/démarches seraient mis en place (ou des évolutions des outils/démarches existants) ». Ce rapport précise aussi qu' « il est important de vérifier que les outils proposés sont bien en phase avec les évolutions conceptuelles ». Il note qu'une trop grande diversité d'objectifs, de niveaux de dimensions, de populations cibles et de lieux de vie sont pris en compte et qu'il en résulte des outils trop larges et peu appropriés. Il semble donc nécessaire de tendre à l'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé unique et commun à tous.

De plus, le rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie [Colvez, 2003] a eu pour mission, en 2003, de dresser un bilan de l'utilisation de la grille AGGIR et de proposer des adaptations. Il ne remet pas en cause la grille AGGIR mais place son action au sein d'une évaluation multidimensionnelle devant remplir certaines conditions :

1. être valide, reproductible,
2. être utilisable dans une population ayant des troubles cognitifs sans perte de valeur,
3. être corrélé au besoin d'aide,
4. prendre en compte l'environnement,
5. être compatible avec la classification en groupe iso-ressources (GIR) afin de répondre au rôle d'instrument d'éligibilité à la prestation Allocation personnalisée d'autonomie (APA),

6. avoir une fonction intégrative (reconnaissance par les partenaires du réseau de soins, ce qui engage un partage des prérogatives et responsabilités).

Le projet POEM prend donc sens dans l'étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés dans le cadre expérimental des MAIA.

Trois outils d'évaluation multidimensionnelle ont été proposés aux 17 sites MAIA :

- le Guide d'EVAluation des besoins des personnes Agées (GEVA-A)
- l'Outil d'Evaluation MultiDimensionnel basé sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (OEMD SMAF)
- le RAI-Home Care (RAI-Domicile)

Notons que les gestionnaires de cas, mandatés pour réaliser ces évaluations, ont pris leur fonction pour la plupart à partir de janvier 2010. Ils sont donc actuellement en phase de primo-appropriation de ces outils. L'étude ne peut donc prétendre à documenter l'utilisation en routine. Pour autant, cette limite nous permet de nous focaliser sur la réceptivité des outils. Cette phase d'acceptation est en réalité déterminante dans le processus subséquent d'appropriation. L'analyse proposée permettra ainsi de mieux appréhender l'accompagnement des professionnels dans leur appropriation des outils.

Compte-tenu de cette limite, le projet POEM s'intéresse donc à étudier la réceptivité, composante reconnue par les théories diffusionnistes de l'innovation, des trois outils d'évaluation multidimensionnelle relativement aux finalités attendues pour ce type d'outil :

- un aspect réellement multidimensionnel
- la pertinence des dimensions explorées relativement à la population ciblée (importance des comorbidités et du retentissement fonctionnel et social des troubles cognitifs)
- une capacité à évaluer correctement les situations des malades d'Alzheimer, malgré la présence des troubles cognitifs ou comportementaux,
- une utilisation en pratique clinique[1],
- une utilité dans la pratique de l'interdisciplinarité (lors de l'évaluation et de la prise en charge),
- une capacité à identifier des services requis,

[1] Nous entendons « clinique » dans un sens inclusif qui contient donc toute intervention quelle soit de nature sociale, psychologique, environnementale ou biologique auprès de la personne.

- une sensibilité au changement,
- une capacité à suivre les trajectoires (transmission de l'information clinique, réévaluations)
- une utilisation d'informations agrégées à des fins manageriales ou stratégiques.

D'autre part, le Plan National Alzheimer annonce la généralisation des MAIA à partir de 2011, ainsi que l'adoption d'un seul outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé. Le projet propose aussi de documenter les pouvoirs publics sur les conditions financières de l'utilisation des trois outils à la fois en phase expérimentale et en phase de généralisation, leur compatibilité avec la grille AGGIR ainsi que les possibilités et propositions d'amélioration des outils.

3. Méthodologie

3.1. Une approche socio-anthropologique

Nous avons choisi, pour ce projet, de réaliser une étude de cas relative à chaque outil d'évaluation multidimensionnelle parce que ces trois outils sont différents par leurs démarches et leurs fonctionnements. L'étude de cas est définie par Yin comme une « enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et son contexte ne sont pas nettement évidentes et dans lequel des sources d'informations multiples sont utilisés » [Yin, 1984]. Selon Jacques Hamel, « elle consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder ». [Hamel, 1997] Par cette démarche nous réalisons donc une étude multi-cas, avec une monographie de chaque outil.

Notons qu'il ne s'agit pas de réaliser une étude comparative des caractéristiques des trois outils mais bien trois études de cas. Même si les trois outils semblent similaires par leur objectif qui est d'évaluer de manière globale les besoins des usagers, ils se différencient par « le « registre » sur lequel ils se situent pour l'usager, leur structure et leur forme et le type de professionnels qui évaluent (leur métier, mais également la structure dont ils font partie) » [Asdo, 2008]. Le cadre d'évaluation dans lequel se situe le présent rapport est différent du rapport Asdo puisque tous les professionnels sont censés utiliser l'outil et avec la même formation à leur nouveau champ professionnel (la gestion de cas). Du fait d'une répartition très inégale (un seul site Rai-Domicile) et du caractère très précoce et uniquement qualitatif de cette étude, l'approche a été celle de la

recherche de sens pour les professionnels de leurs pratiques professionnelles en lien avec les outils d'évaluation. Ainsi, le rapport qui suit ne propose pas des points de comparaison entre les outils mais bien une analyse de chaque outil relativement aux finalités attendues d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, citées précédemment et à l'usage qu'en rapportent les professionnels.

Cette étude multi-cas s'appuie sur une approche qualitative socio-anthropologique. Cette approche interdisciplinaire vise à comprendre l'objet d'étude dans son ensemble par le biais de plusieurs échelles d'observation (macrosociale, méso-sociale, microsociale et biologique). Comme le montre D. Desjeux « Les résultats obtenus dépendent de la position de l'observateur, des conditions d'observation, de l'échelle d'observation et du découpage de la réalité à une échelle donnée. En fonction des points de vue, les points de repère, la forme des phénomènes, les méthodes et donc la description de la réalité peuvent changer. » [Desjeux, 2004]. Ainsi, nous utilisons d'une part une approche sociologique, ou échelle méso-sociale, afin de cerner et comprendre les outils dans une démarche structurelle, fonctionnelle et organisationnelle (fonctionnement, données populationnelles engendrées, aspect financier et aspects pertinents en vue d'une généralisation). D'autre part, nous utilisons une approche anthropologique, ou échelle micro-sociale, permettant d'observer et analyser les pratiques professionnelles ainsi que les phénomènes sociaux qui en découlent (interdisciplinarité, limites, moteurs, avantages et inconvénients des outils au travers des pratiques, reproductibilité des outils, autres caractéristiques directement liées à l'outil).

3.2. Mode de recueil d'information

Pour atteindre ces deux niveaux d'observation, nous avons réalisé 57 entretiens individuels semi-directifs auprès de trois types de professionnels.

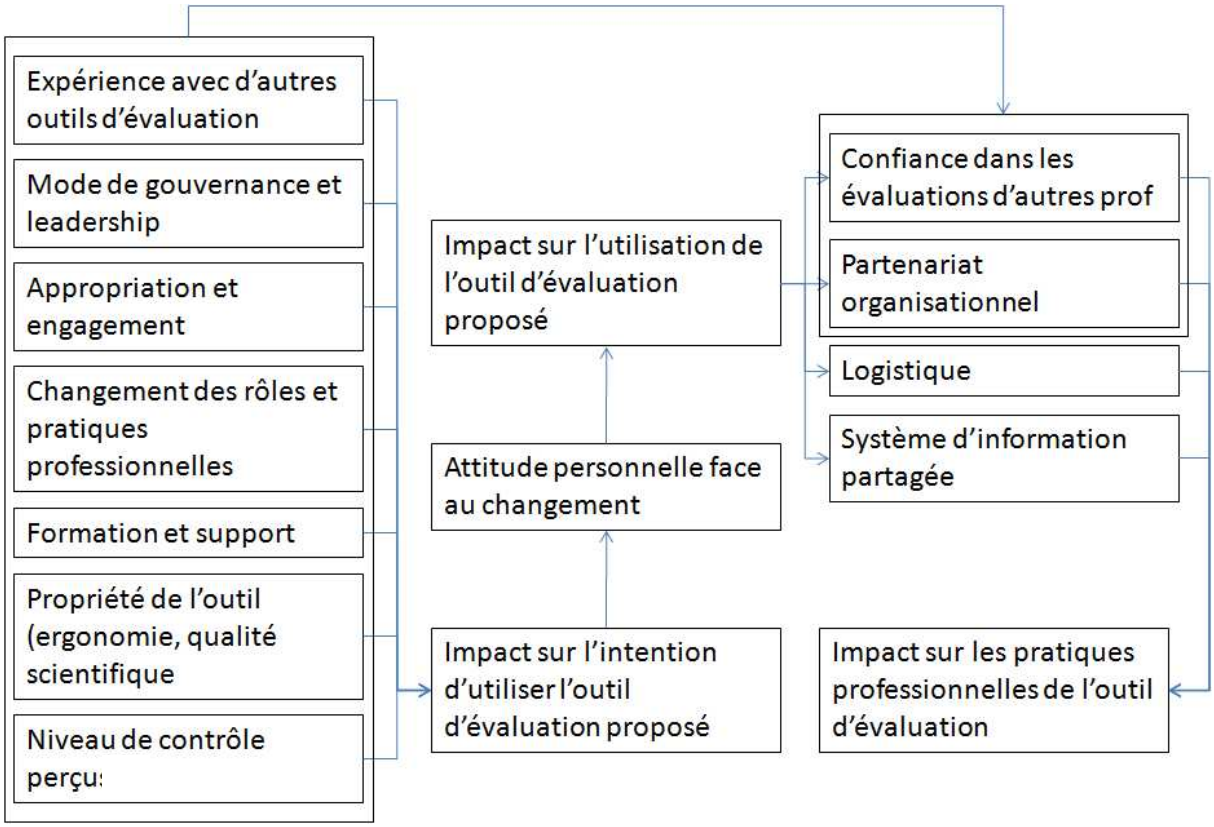
1. Les gestionnaires de cas : ils sont les référents des personnes prises en charge par la MAIA. Ces professionnels ont un usage direct des outils, ils les complètent et les utilisent dans la mise en place de l'accompagnement de la personne. Ils ont ainsi une vision pratique de l'outil ;
2. Les pilotes des sites MAIA : ils sont les chefs d'orchestre de la mise en place du dispositif MAIA sur un territoire défini. Ils prennent les décisions avec les acteurs locaux

concernant les outils de travail à utiliser et concernant les enjeux stratégiques locaux. Ils ont donc une vision stratégique de l'outil ;

3. Les promoteurs des outils : ils sont les référents d'un outil d'évaluation multidimensionnelle sur le territoire français. Ils ont donc une vision stratégique et scientifique de l'outil.

L'étude qualitative a ainsi été réalisée à partir de la collecte et du traitement de données multimodales. L'analyse se base sur la retranscription en verbatim de ces entretiens individuels semi-directifs réalisés. Les guides d'entretien, eux, ont été construits à partir d'une démarche déductive permettant d'analyser les facteurs favorables et défavorables des outils. Pour cela, nous utilisons un cadre d'analyse original développé pour cette étude et regroupant deux cadres théoriques : le cadre théorique récemment décrit par Dickinson et coll. dans une situation assez proche de celle du projet présenté ici [Dickinson, 2006] et le cadre théorique du Physician Guideline Compliance Model [Maue, 2004]. Le premier est particulièrement détaillé sur les facteurs environnementaux et sur la finalité de l'évaluation multidimensionnelle (l'interdisciplinarité), là où le deuxième insiste davantage sur les facteurs personnels en interaction avec les facteurs environnementaux.

Figure 1 : Synthèse du cadre théorique du « Physician Guideline Compliance Model » [Maue, 2004] et du diagramme des facteurs influençant l'implantation et l'impact du « single assessment process » [Dickinson, 2006]


Expérience avec d'autres outils d'évaluation
Mode de gouvernance et leadership
Appropriation et engagement
Changement des rôles et pratiques professionnelles
Formation et support
Propriété de l'outil (ergonomie, qualité scientifique
Niveau de contrôle perçu
Impact sur l'utilisation de l'outil d'évaluation proposé
Attitude personnelle face au changement
Impact sur l'intention d'utiliser l'outil d'évaluation proposé
Confiance dans les évaluations d'autres prof
Partenariat organisationnel
Logistique
Système d'information partagée
Impact sur les pratiques professionnelles de l'outil d'évaluation

3.3. Terrain et méthode d'analyse

La réalisation des entretiens avec les 57 professionnels s'est déroulée de juillet à octobre 2010 par deux enquêteurs (l'un docteur en sciences politiques et l'autre titulaire d'un master de socio-anthropologie), et tous les deux habitués aux enquêtes qualitatives par entretiens. Etant donné le court délai imparti, il n'a pas été possible d'organiser un retour vers les enquêtés concernant le codage et les données[2]. L'ensemble des entretiens enregistrés a été retranscrit en verbatim (mot à mot), anonymisé et codé selon une approche à la fois inductive (recherchant l'émergence de nouveaux thèmes) et déductive (à partir des hypothèses de travail du protocole). L'ensemble du corpus a été codé par une seule personne à l'aide du logiciel NVivo 8 QSR International. Les

[2] Un document sur les résultats du projet sera transmit aux professionnels en début d'année 2011 afin de recueillir leur ressenti.

thématiques émergentes et déductives ont été discutées en équipe avec les deux enquêteurs et l'investigateur principal. L'ensemble des résultats a été discuté avec les membres du comité scientifique, lesquels avaient tous une expérience de recherche auprès de professionnels de l'évaluation. Le principe de saturation a été rencontré suite à la non-émergence de nouvelles thématiques.

3.4. Echantillon

Le tableau suivant présente le panel interrogé ainsi que la répartition des professionnels par outil utilisé.

		GEVA-A	OEMD-SMAF	RAI-Domicile	Total
Effectif	Gestionnaire de cas	16	23	3	41
	Pilote	5	6	1	12
	Promoteur	1	1	1	3
Profession initiale des gestionnaires de cas	Secteur sanitaire	4	7	2	13
	Secteur social	7	10	0	16
	psychologue	3	3	1	7
	Autre secteur	2	3	0	5
Total des professionnels		22	30	5	57

Notons que la répartition des sites MAIA par outil est inégale, notamment concernant le RAI-Domicile, ce qui constitue une limite à cette étude. Pour autant les résultats concernant les spécificités et pratiques professionnelles liées au RAI-Domicile restent pertinents malgré leur caractère exploratoire. Il faut donc nuancer les résultats concernant cet outil, sans les sous-estimer pour autant.

Le « secteur sanitaire » comprend les infirmiers et infirmiers coordonnateurs. Le « secteur social » comprend les assistants sociaux, les conseillers en économique sociale et familiale. Le secteur « psychologue » regroupe les psychologues et neuropsychologues de formation. Les « autres secteurs » regroupent les ergothérapeutes, les juristes et éducateurs spécialisés.

Nous avons choisi de coder les verbatims de la manière suivante :

Pour les gestionnaires de cas : (Fonction, formation initiale, outil utilisé). Pour les professionnels utilisant le RAI-Domicile, la formation initiale ne sera pas spécifiée dans un souci de respect de l'anonymat. Seuls trois gestionnaires de cas ont été interrogés, mentionner leur profession initiale permettrait de les identifier.

Exemple : (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A), (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Pour les pilotes et promoteurs, seul la fonction et l'outil utilisé sont spécifiés.

Exemple : (Pilote, OEMD-SMAF).

Première Partie : L'évaluation multidimensionnelle

L'évaluation multidimensionnelle est une pratique nouvelle pour l'ensemble des professionnels des MAIA et suscite de nombreux questionnements partagés. Certaines pratiques issues du processus d'évaluation multidimensionnelle tendent à se généraliser auprès des professionnels, et ce, quel que soit l'outil d'évaluation multidimensionnelle utilisé. Nous nous intéressons donc ici à montrer la manière dont les professionnels, et notamment les gestionnaires de cas, appréhendent l'évaluation en terme de notion et de pratiques professionnelles.

1. Notion d'évaluation multidimensionnelle

Les professionnels estiment « manquer de cadre » dans leurs pratiques d'évaluation, ce qui semble influer sur leur appréhension floue de la notion de l'évaluation multidimensionnelle et le sens confus qu'ils donnent à leur pratique. Les gestionnaires de cas s'accordent toutefois pour appréhender l'évaluation de la même manière.

1.1. Une approche novatrice

Les professionnels ont découvert l'évaluation multidimensionnelle lors de l'expérimentation des MAIA et soulignent son caractère novateur ainsi que la plus value qui en découle. L'intérêt principal de chaque outil, pour les pilotes des sites MAIA ainsi que pour les gestionnaires de cas, réside dans l'aspect multidimensionnel et global que permet l'évaluation, considérée comme une réelle « plus-value ».

> *« Effectivement, c'est nouveau… On va s'intéresser à des thèmes qu'on ne voyait pas forcément avant. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

1.2. Une évaluation dynamique

L'évaluation multidimensionnelle est présentée par les professionnels comme dynamique. Si son objectif est de considérer la personne dans son ensemble, aussi bien dans son histoire de santé et personnelle que dans son état actuel sanitaire, social et environnemental, les professionnels estiment que l'évaluation est amenée à se modifier continuellement.

« L'évaluation perdure, il faut la réajuster régulièrement dans le temps. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Les professionnels interrogés ont parfois des difficultés à sortir d'une approche holistique. Au lieu de tendre à une approche pragmatique qui se concentrerait uniquement sur ce qui est déterminant pour l'intervention, il semble y avoir une tentation de comprendre tout ce qui explique cette situation, ce qui a des conséquences sur la durée du processus d'évaluation.

« Je ne crois pas [que l'on puisse faire une évaluation complète], on ne peut pas rentrer 82 ans de vie, on loupe forcément des tas de trucs. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

1.3. Une évaluation incomplète

Pour les professionnels, la notion d'évaluation complète n'est pas forcément claire. Il semble exister une confusion entre la pratique d'évaluation d'une situation (complète mais circonscrite à un moment donné) et le processus d'évaluation multidimensionnelle qui regroupe l'ensemble des actions évaluatives qu'un professionnel réalise tout au long de l'accompagnement d'une personne.

« Ce qui me gêne, c'est que je suis amenée à les rectifier souvent en fait, donc quand vous me dites « évaluation complète », vous entendez quoi ? Est-ce que c'est la première fois où j'ai finalisé cette évaluation, quitte à ce qu'elle rechange après ? » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Ce constat se ressent dans les pratiques de réévaluation, incertaines voire inexistantes. Ce point sera abordé ultérieurement dans ce rapport.

1.4. Une évaluation subjective

Pour certains professionnels, l'évaluation multidimensionnelle est qualifiée de subjective à cause notamment de son caractère incomplet.

« En fait, je ne sais pas ce que c'est une évaluation, on touche du doigt des choses qui nous apparaissent là, à un instant T, mais est-ce qu'on est vraiment dans l'objectivité ? Je ne crois pas. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Le professionnel s'interroge ici sur la subjectivité de l'évaluation à un moment donné, qui se focalise sur un temps imparti mais ne transcrit pas la réalité de la situation dans le temps,

contrairement aux réévaluations qui permettent de mettre en exergue l'évolution de la situation de l'usager.

1.5. Le croisement des discours

Pour pallier au caractère « incomplet » de l'évaluation multidimensionnelle, les professionnels s'attachent à croiser le discours des partenaires, des aidants et de l'usager[3].. Cette triangulation de l'information est le produit de l'évaluation multidimensionnelle mais les professionnels insistent pour interroger les partenaires, aidants et usagers sur l'ensemble des thèmes abordés par l'outil d'évaluation multidimensionnelle pour ensuite les croiser. En d'autres termes, certains gestionnaires de cas ne s'adressent pas uniquement au médecin traitant pour remplir le volet médical de l'outil mais bien à l'ensemble des partenaires, des aidants et de l'usager.

1.6. Lien entre évaluation multidimensionnelle et intégration

A ce stade de l'expérimentation des MAIA, nous avons pu faire le constat que la majorité des pilotes se sent peu concernée par l'outil d'évaluation multidimensionnelle. Leur charge de travail étant trop importante (explicitation du dispositif sur le territoire donné, recherche de partenaires, mise en place des tables de concertation tactiques et stratégiques, fonction observation, rapports d'activité à rendre à la CNSA, etc.), les pilotes hiérarchisent leurs tâches et minimisent celles en rapport avec l'outil d'évaluation multidimensionnelle.

Il est possible à ce niveau qu'il existe une limite liée à la temporalité très précoce des entretiens par rapport à l'implantation du dispositif MAIA. On peut penser que lorsque les pilotes auront à produire des données sur les besoins des populations desservies, leur intérêt pour l'outil sera tout autre.

> *« [L'outil] n'est pas mon principal souci, ce n'est pas une priorité. Mais vous dire 10% de temps ça n'a pas de sens. Mais ce n'est pas la moitié de mon temps. » (Pilote, GEVA-A)*

> *« En tant que pilote sur l'utilisation de l'outil j'ai minoré [sur l'usage de l'outil]… » (Pilote, OEMD-SMAF)*

[3] Nous retrouvons ici le tryptique de l'évaluation tel qu'il ressortait dans les résultats de l'étude sur « L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique », Barreyre J.Y., Peintre C., 2008, CEDIAS/CNSA

Seuls quelques-uns uns mesurent pleinement le potentiel intégratif de l'outil d'évaluation multidimensionnelle.

« Derrière le mot « intégration », il y a quand même partage d'outils. Et si ça pouvait être qu'un seul outil qu'est partagé, ça peut être intéressant. Mais tant qu'on n'aura pas le minimum de langage commun à travers l'outil, l'intégration ça ne marchera pas. […] oui, il faut un outil d'évaluation, un outil multidimensionnel unique pour les gestionnaires de cas, et c'est vrai, mais pas que pour les gestionnaires de cas. » (Pilote, RAI-Domicile)

2. Processus d'évaluation générale

Le processus d'évaluation multidimensionnelle se compose de plusieurs étapes intervenant dans le recueil d'informations sur l'usager [ASDO, 2008].

2.1. Mode d'entrée en gestion de cas

2.1.1. Le « signalement », terme employé par les professionnels

C'est le terme « signalement » de la personne ou de l'usager qui est utilisé par les professionnels des MAIA. Ce terme est davantage utilisé dans le milieu sanitaire et plus spécifiquement il s'adresse à une population à risque[4]..

Pour la plupart des gestionnaires de cas, l'évaluation multidimensionnelle commence dès ce « signalement » de l'usager. Cette première étape est une première source d'informations.

« Si on me signale une situation, je prends le plus de renseignements possibles. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

La plupart des MAIA possède une « feuille de signalement » différente nommée « fiche d'orientation », « script d'entretien », « aide à l'orientation », « demande d'accompagnement ». Cette feuille rassemble les premières informations sur les situations des usagers permettant d'orienter la personne vers le service de gestion de cas de la MAIA. Certains professionnels, utilisent donc ce document pour recueillir les premières informations sur l'usager.

[4] Rappelons que le terme utilisé dans le langage et les enquêtes du médico-social est celui de « saisine » des instances d'évaluation, ce qui pourrait éviter la confusion entre l'accès à un droit d'une part, et « le signalement » d'une situation préoccupante d'enfant ou d'adulte en danger d'autre part. Le signalement renvoie dans le secteur social à un dispositif de « surveillance » alors que la saisine s'inscrit dans une fonction d'accès aux droits et de « veille » sociale. Toutefois, ce terme de « saisine » est totalement absent du corpus d'entretiens avec les gestionnaires de cas quelles que soient leurs formations (la majorité des gestionnaires de cas ont une formation sociale) ou leurs employeurs (dont la majorité également est du secteur social ou médico-social).

« On est sollicité par des partenaires pour l'entrée en gestion de cas. Les partenaires nous remplissent une demande d'accompagnement, avec leurs commentaires et qui explique brièvement la complexité de la situation. Du coup, on a déjà quelques éléments. On a des données aussi comme les coordonnées du médecin traitant, de la personne, son adresse etc. Je peux commencer à le [l'outil] remplir avec cette feuille-là. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

2.2. Première visite à domicile

Pour les autres professionnels, c'est lors de la première, voire de la seconde visite au domicile de l'usager, que commence l'évaluation multidimensionnelle. Seconde visite car la première est davantage basée sur la mise en confiance et la création de lien avec la personne.

2.2.1. Établir une relation de confiance pour pallier au caractère intrusif de l'évaluation

La première visite au domicile de l'usager vise principalement à mettre en place une relation de confiance avec la personne concernée.

« A ma première, visite mon objectif n'est pas forcément de faire mon évaluation. Je sais que je vais avoir des éléments pour mon évaluation mais je n'y vais pas dans cette visée là. Et je trouve ça assez intrusif de rencontrer la personne une première fois et d'être uniquement dans l'évaluation. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Cette pratique de « non-évaluation » lors de la première visite parait surprenante puisque le professionnel ne remplit pas sa fonction d'évaluateur. Pour autant les professionnels semblent expliquer ce fait par leur rapport inconfortable à l'évaluation multidimensionnelle jugée *« intrusive »*.

Il semble nécessaire pour certains professionnels que la phase de mise en confiance soit plus longue.

« J'essaie d'installer un climat de confiance, mais ça nécessite plusieurs visites. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

La mise en confiance de l'usager ainsi que de sa famille est une étape préliminaire indispensable pour le bon fonctionnement de l'évaluation multidimensionnelle ultérieure. Elle est nécessaire selon les professionnels pour pallier au caractère « d'interrogatoire » que revêt l'évaluation multidimensionnelle. Sans cette mise en confiance, l'évaluation multidimensionnelle qui aborde des thèmes relevant de l'intimité de la personne risquerait d'être incomplète.

« Que ce soit au niveau de la famille aussi parce que le mot « signalement », ça peut être mal perçu. Ça fait un peu enquête policière, donc voilà ça, ça fait partie de la première phase avant de faire l'évaluation. Je ne l'ai peut-être pas dit tout à l'heure : bien présenter pourquoi on est là et qu'est-ce qu'on peut apporter. Ça c'est très important comme phase aussi. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

On peut noter une nuance de posture chez les professionnels dans l'action d'évaluer, et ce, indépendamment de leur formation initiale. Certains estiment que l'évaluation commence dès les premières informations recueillies (signalement de la personne, première visite au domicile), d'autres estiment qu'elle débute lorsqu'ils sont davantage dans une démarche évaluative. Il s'agit donc de deux approches de l'évaluation multidimensionnelle : l'une s'attache à respecter les différentes étapes de l'évaluation comme un protocole (1. Orientation de l'usager, 2. Mise en confiance de l'usager, 3. Evaluation, etc.), et où l'évaluation, le recueil de données, intervient à un moment donné ; l'autre considère l'évaluation comme un processus dynamique où le recueil de données intervient à tout moment dans l'accompagnement mais peut s'arrêter à un instant donné.

2.2.2. Introduire l'évaluation

Les professionnels s'attachent au premier contact de l'usager à présenter leur mission au sein de la MAIA[5] à laquelle ils appartiennent ainsi que leur action auprès de celui-ci. Cette présentation intervient lors de la première visite au domicile.

« Suite au premier contact téléphonique avec la famille, je me présente. Je présente mon rôle, que je peux réaliser un accompagnement et évaluer les besoins mais cela va se fondre plus dans un échange que dire « voilà je vais réaliser une évaluation des besoins ». Cela se fait plus dans l'échange. On va discuter de la situation. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Les gestionnaires de cas indiquent que l'introduction de l'évaluation multidimensionnelle se fait de manière la plus simple possible au cours de la discussion avec l'usager, de manière « naturelle », cela sans forcément aborder l'outil d'évaluation multidimensionnelle et les termes « outil » et « évaluation ».

[5] Dans le discours des gestionnaires de cas, il est parfois difficile de savoir si ces derniers se réfèrent à leur employeur (« porteur » du projet MAIA) ou bien au partenariat constitué qui est la vraie définition de la MAIA. La question de la représentation qu'ont les gestionnaires de cas de l'intégration devrait être abordée dans le rapport d'expertise MAIA pour la direction générale de la Santé.

« Souvent, je dis « voilà, je viens faire connaissance avec vous », il y en a qui ont tout de suite envie et puis d'autres c'est un peu plus délicat, mais je dis toujours « je viens faire connaissance avec vous et puis pour bien vous connaître et pas faire n'importe quoi, j'ai besoin de vraiment savoir comment vous vous organisez à la maison ». Et puis, je leur dis « on va faire un point ensemble sur certaines choses de la vie courante, par exemple, est-ce que vous dormez bien, comment s'organisent les repas ? » Mais, souvent je dis « on va faire un point, un petit peu sur comment vous vous organisez actuellement » » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« Non, on ne parle pas de l'outil. On ne nomme pas l'outil. On rappelle nos missions […] quelque chose de très large, puis la mise en place de services si besoin, de suivi, puis la coordination entre les professionnels. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

2.2.3. Consentement de l'usager

2.2.3.1. Définition et législation

Nous employons ici le terme de consentement car celui-ci est exigé par la loi avant toute intervention auprès d'une personne. L'article 16.3 du code civil rend le consentement de l'usager obligatoire : « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement… ». L'article 36 du code déontologique médical dit que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ». La charte des patients, mentionne aussi la participation du patient aux choix thérapeutiques. Enfin, le code déontologique des travailleurs sociaux annonce que « l'accord du client est de rigueur pour toute investigation préalable à l'action et pour toute intervention. » (VI.1.)

La gestion de cas intégrant les secteurs sanitaire et social, nous choisissons d'utiliser le terme de « consentement » pour rendre compte de l'accord de la personne relativement à l'ensemble des actes médicaux et thérapeutiques ainsi qu'à l'ensemble des interventions sociales[6].

Les sites MAIA qui possèdent une « feuille de consentement » officialisent l'accord de l'usager concernant son entrée en gestion de cas par la signature de ce support. Les professionnels, dès

[6] Le consentement doit ici s'entendre comme une démarche active où la personne devient par cet acte co-constructeur de l'intervention en réponse à ses besoins., ce qui ne doit bien ^sur pas masqué les grands enjeux éthiques soulevés par le consentement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer en stage sévère ou de méconnaissance de troubles psychiques

la première visite au domicile, demandent généralement oralement le consentement de l'usager d'entrer en gestion de cas. Le consentement se fait donc principalement de manière informelle. Ceci reste pour autant correct au regard de la loi jurisprudence qui n'exige pas de traçabilité écrite de l'accord de la personne concernant son consentement à ce qu'un professionnel intervienne dans son accompagnement.

> *« Ce n'est pas forcément à la première visite que l'on signe le consentement et le consentement peut être aussi verbal sans pouvoir systématiquement le faire signer car des fois ça peut déranger une personne âgée qui présente des troubles, de signer un papier qui n'est pas officiel, qu'elle garde mais bon. Donc dans mes pratiques ce n'est pas systématique de le faire signer, s'il est verbal et oral, ça me suffit à continuer à travailler avec la personne. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

Pour autant, ce verbatim relève une confusion faite de la part des professionnels entre consentement à l'accompagnement et consentement au partage de l'information qui, lui, doit être davantage formalisé pour accéder à l'information. Nous avons pu remarquer que les feuilles de consentement des sites servaient relativement aussi bien à l'accompagnement de l'usager qu'au partage des informations qui le concerne. De ce fait, les gestionnaires de cas considèrent qu'un consentement informel concernant le partage de l'information est suffisant dans un premier temps.

> *« Au démarrage je demande le consentement à la personne, sur le fait que tout ce dont on discute ensemble, c'est confidentiel mais que ça peut être partagé avec les professionnels qui entourent, est-ce qu'ils sont d'accord sur le fait que je puisse échanger du contenu de ce qu'on se dit avec tel et tel professionnel, en fonction du professionnel. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

Bien que le consentement soit informel, celui-ci ne perd pas l'importance de sa valeur aux yeux des gestionnaires de cas. Au contraire, **l'accord de l'usager vient appuyer et légitimer le professionnel auprès des autres partenaires.**

> *« Et non je ne me suis pas sentie illégitime car j'étais légitimée par la personne grâce au consentement. C'est eux qui nous donnent notre légitimité. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

Quoiqu'il en soit, le consentement de l'usager est presque toujours officialisé par la signature du document. Les gestionnaires de cas n'ont pas de cadre précis pour déterminer la recevabilité ou non de la signature. Aucune procédure locale précise pour cela (concernant par exemple les

personnes sous protection de justice) ne nous a été signalée. Toutefois, l'importance que revêt la recherche de ce consentement même lorsque la personne est atteinte de troubles cognitifs est un thème extrêmement récurrent dans l'ensemble du corpus quelle que soit l'origine professionnelle et l'outil utilisé.

2.3. Pratiques d'évaluation

Bien que les professionnels utilisent des outils différents et possèdent des formations initiales différentes, les pratiques générales d'évaluation multidimensionnelle restent globalement homogènes.

2.3.1. Le rapport des professionnels au support d'évaluation multidimensionnelle

Les gestionnaires de cas considèrent que l'évaluation multidimensionnelle n'est pas une évaluation ordinaire, faisant notamment référence à l'évaluation à l'aide de la grille AGGIR. L'évaluation multidimensionnelle dans le cadre d'un accompagnement global s'intéresse à connaître les besoins de l'usager dans leur ensemble et recouvre un aspect plus intimiste et global (certains la qualifient même « *d'intrusif* »). Cette démarche doit se faire dans un climat de confiance et de manière humaine, où l'usager « ne rentre pas dans des cases ». De ce fait et afin de se démarquer des évaluateurs, les gestionnaires de cas ne préfèrent pas montrer à l'usager, le support papier de l'outil qu'ils utilisent.

> *« Oui c'est un choix stratégique de ne pas commencer à venir avec une 20aine de pages devant la personne âgée. Des fois c'est un peu délicat. Donc je trouve que c'est plus simple d'humaniser un peu les choses et ne pas réduire la personne à une grille. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

L'évaluation se réalisant au cours d'un entretien, d'une conversation, le support papier n'est pas montré car il est supposé pouvoir effrayer l'usager. Aucun gestionnaire de cas n'a déclaré compléter systématiquement l'outil au domicile.

> *« Par contre, je n'ai pas mes fiches avec moi en visite. Parce que si je sors tout mon bazar devant la personne… on est sur de l'administratif là, on remplit un dossier, ça parasite, ça gêne… par contre, je leur dis que, là-dessus, je suis claire, qu'après je m'en sers pour évaluer, quel est le but de mes questions de toutes façons, donc qu'elles sortent d'un bout de papier ou qu'elles sortent de ma bouche. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

« J'ai toujours, même si je ne sors pas obligatoirement le formulaire parce que je pense qu'il peut faire un petit peu peur, ce côté formel de rentrer dans des cases, ce n'est pas toujours adapté parce qu'effectivement tourner les pages et cocher ça peut, à mon sens, mettre une distance avec la personne aussi. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Ainsi les professionnels n'utilisent pas le support papier de l'outil au domicile de l'usager par crainte de rompre le contact avec ces derniers.

« [L'outil] peut couper l'échange puisqu'il y a pas mal de choses qui se font assez naturellement : « Montrez-moi votre salle de bain », voir si elle semble adaptée. Euh, ça se fait au cours de la discussion, et la plupart du temps, on ne nous le propose même. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

En début de l'utilisation de l'outil, certains professionnels se sont permis de « sortir » le support papier de l'outil au domicile de l'usager pour reprendre le fil conducteur des items de l'évaluation. Ils expliquent qu'ils s'en sont servis comme support de conversation mais qu'ils n'ont pas rempli les informations sur le support papier.

Toutefois, l'intégralité des professionnels utilise des « notes » ou bien des « cahiers » pour y noter les informations recueillies pendant la visite au domicile de l'usager. Cette façon de faire permet de ne pas perdre l'information tout en préservant la fluidité de l'entretien.

« Si je prends des notes sur des feuilles libres, ça met mieux à l'aise la famille que de voir si je les classe dans un ordre. C'est pour ça que je les ai laissées de côté. Ca fait moins fluide dans l'entretien. On n'est pas parasité par le support. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

« Vous n'apportez jamais le guide à domicile ?
Non, je prends des notes et après je le remplis ici. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

« J'ai une feuille de papier, et puis je leur dis : « est-ce que ça ne vous dérange pas que je prenne des notes ? » Donc ils sont d'accord pour que je prenne des notes parce que souvent la formule, c'est « bah oui, moi aussi j'oublie alors je comprends bien qu'il faut… ». Et je prends des notes, je m'en sers, j'étale mes papiers donc je m'en sers moi, mais je ne rempli pas mon RAI. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

2.3.2. Les sources d'informations

Les professionnels témoignent d'une mise en œuvre de pratiques interdisciplinaires favorisées par l'aspect multidimensionnel de l'outil. Aucun professionnel ne se juge totalement compétent à la multidimensionnalité de l'évaluation du fait de sa seule formation initiale.

Les professionnels mobilisent donc un panel d'acteurs et de partenaires intervenant dans l'accompagnement de l'usager ainsi que divers supports, que nous allons énumérer.

Comme décrit précédemment, certains professionnels estiment commencer l'évaluation dès le **signalement de l'usager** fait par un partenaire ou un aidant. Cette « feuille de signalement » recueille les informations générales de l'usager ainsi qu'un complément d'indicateurs décrivant la complexité de sa situation. D'une MAIA à l'autre, ces indicateurs peuvent changer puisqu'ils sont fonction des critères d'inclusion propres à chacune. Les informations que les professionnels peuvent tirer de ce signalement sont :

- Une fiche signalétique de la personne (sexe, âge, adresse et coordonnées, aidants, etc.)
- Les premiers intervenants (partenaire signalant, coordonnées médecin traitant, etc.)
- En fonction des critères d'inclusion, des données sociales, médicales (troubles cognitifs, isolement, etc.) et environnementales.

L'usager est lui aussi largement sollicité dans le recueil de l'information, les gestionnaires de cas interrogés le placent souvent dans une position centrale dans le recueil d'information et ceci même lorsqu'ils sont atteints de troubles cognitifs (parfois sévères) considérant qu'il reste particulièrement important de recueillir leurs besoins et préférences afin de guider l'intervention. Dans le cas de troubles cognitifs, l'usager n'est jamais la seule source d'information.
La visite à domicile, quant à elle, permet par observation de recueillir des données concernant l'environnement de la personne, en termes d'organisation du logement, de proximité des services, mais aussi des données concernant les capacités et incapacités de la personne (mobilité, actes de la vie quotidienne, etc.). **L'observation du domicile et l'usager dans son cadre de vie** paraît primordiale dans l'évaluation pour les gestionnaires de cas.

Si l'usager est entouré **d'aidants**, (familiaux et entourage proche), le gestionnaire de cas ira les questionner. Cette source d'information est intéressante et indispensable selon les professionnels pour identifier certains aspects de l'autonomie fonctionnelle de l'usager, le « *climat familial* » et l' « *emprise des aidants sur l'usager* » mais aussi le point de rupture de

l'aidant. Il est important pour certains gestionnaires de cas d'identifier une éventuelle souffrance de l'aidant pour accompagner l'usager.

Enfin, les **partenaires et intervenants professionnels** sont largement sollicités pour identifier l'état de santé de l'usager mais aussi les services (sanitaires et/ou sociaux) déjà mis en place comme un portage de repas, une séance de kinésithérapie, une aide ménagère.

2.3.3. Le remplissage de l'outil

Les outils se distinguent par leurs structures, leurs démarches et leurs modes de remplissage. Toutefois, il est possible d'identifier des indicateurs communs qui influent sur le temps de remplissage et parfois sur la manière de remplir l'outil.

Le premier indicateur est l'outil en lui-même. Les trois outils possèdent chacun leur démarche et leur mode et fonctionnement de remplissage. Selon son manuel d'utilisation, le GEVA-A n'oblige pas les professionnels à le remplir complètement, alors que l'OEMD-SMAF et le RAI-Domicile doivent tous deux être complétés de manière totale mais se distinguent par leur structure et mode d'évaluation. Nous utilisons ici la définition suivante de la standardisation « un processus par lequel on réfère un indice à une norme afin d'en comprendre le sens intégré dans un tout représentatif » [Mintzberg, 1982]. Le rapport des professionnels à la standardisation parait plus fort chez les utilisateurs (peu nombreux) du RAI-Domicile que chez les utilisateurs de l'OEMD-SMAF. L'avancée dans le processus d'appropriation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle est un second facteur influençant les pratiques. Enfin, troisième indicateur, la formation initiale des professionnels qui joue un rôle indéniable dans l'appropriation de l'outil et dans les pratiques de remplissage, que ce soit en termes de temps ou en termes de pratiques pures.

2.3.4. La place centrale de l'usager dans l'accompagnement global

L'usager possède une place centrale dans l'évaluation multidimensionnelle puisqu'il est le sujet même de l'accompagnement. Les professionnels restent très attentifs aux attentes de l'usager dans le cadre de son accompagnement surtout lorsque celui-ci leur a donné leur consentement.

> *« Parce que justement je trouvais que compléter cet outil par la synthèse, de poser les choses par écrit permet de remettre la parole de la personne au centre. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

L'usager possède une place centrale aussi bien dans l'accompagnement global (avec la formulation et le respect de ses attentes) que dans l'évaluation multidimensionnelle puisqu'il est un informateur au même titre que les aidants et les intervenants.

> *« Aussi ma première démarche c'est aller à domicile, mais surtout pour rencontrer la personne et avoir une idée du contexte. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)*

Enfin, sa place reste tout aussi importante dans la validation du plan de services individualisé. Dans le cadre du refus de soins de l'usager, certains professionnels ne s'autorisent pas à mettre en place des interventions si l'usager n'est pas d'accord. Les gestionnaires de cas vont alors essayer de négocier progressivement avec l'usager afin de trouver une solution acceptable pour la personne.

> *« Ce que je fais, c'est que si j'ai déjà identifié des choses à faire, je vais les évoquer avec la personne, « écoutez, voilà, je préconise ça, est-ce que vous me permettez de prendre contact avec telle structure, avec votre médecin traitant ? », je vais déjà identifier avec la personne ce que j'ai pu percevoir, lui présenter dans quelle direction je vais me tourner et si elle accepte, je prends contact.» (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)*

L'usager garde une place privilégiée dans l'accompagnement basé sur une évaluation multidimensionnelle, et cela quel que soit l'outil utilisé. Malgré les troubles cognitifs, les gestionnaires de cas semblent porter une grande attention aux attentes, besoins et préférences exprimées directement par l'usager, lui assurant ainsi une place importante dans la planification de services qui en découle. L'importance du consentement personnel de l'usager (quand il n'est pas sous protection de justice) à la gestion de cas est notamment un thème récurrent dans leurs discours.

Deuxième Partie : Réceptivité du GEVA-A

1. Présentation du GEVA-A

1.1. Historique

Le Guide d'EVAluation des besoins de compensation de la personne handicapée a été créé à l'initiative de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS). Le GEVA est issu de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), de la santé et du handicap et notamment des travaux de l'OMS sur un outil plus « concentré » intitulé le WHODAS II (Echelle d'évaluation des Incapacités de l'Organisation Mondiale de la Santé).

Le 11 février 2005 est votée une loi [Code de l'action sociale et des familles] qui prône l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » [Code de l'action sociale et des familles].

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) se voit alors confier la responsabilité d'un comité de pilotage national pour tester et amender au besoin cet outil. Les grandes associations de personnes handicapées, des experts, et la DGAS sont associés à ce travail qui aboutira à des propositions d'amélioration du GEVA. C'est le 6 février 2008 que sera publié un arrêté reconnaissant le GEVA comme la référence réglementaire de l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapée pour les Maisons Départementales pour Personnes Handicapées (MDPH).

La CNSA, selon la loi de 2005, doit assurer « un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et les outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation » [Code de l'action sociale et des familles]. La CNSA réalise ou finance depuis 2006 des études et recherches autour de l'évaluation des besoins des personnes et des outils permettant cette démarche, notamment avec le GEVA [Bloch, 2009]. (Etude d'appropriation de l'outil [CNSA,

2010], étude de la perception des outils d'évaluation multidimensionnelle par les usagers [Asdo, 2008]).

1.2. Démarche et objectifs

Le manuel d'accompagnement du GEVA [CNSA, 2008] définit le GEVA comme un guide permettant « de rassembler les éléments nécessaires pour apprécier les besoins de compensation de toute nature d'une personne, quels que soient ses caractéristiques personnelles et son environnement, et d'identifier les différents critères d'accès au droits et prestations définis dans les textes réglementaires ».

La CNSA a défini les objectifs du GEVA dans le rapport sur l'appropriation de cet outil de janvier 2010 [CNSA, 2010]. L'outil doit :

- Etre le **support commun** aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, pour le recueil et l'analyse des informations issues de l'évaluation ;
- Permettre une **approche adaptée à la situation de chaque personne** handicapée explorant l'ensemble des dimensions de ses activités et de sa participation à la vie en société ;
- Favoriser **l'harmonisation des pratiques** des équipes des MDPH ;
- Recueillir des informations permettant une meilleure connaissance des personnes handicapées.

L'évaluation s'organise autour de 8 volets :

- Volet 0 : identification de la personne, projet de vie
- Volet 1 : familial, social et budgétaire,
- Volet 2 : habitat et cadre de vie,
- Volet 3a : parcours de formation,
- Volet 3b : parcours professionnel,
- Volet 4 : médical,
- Volet 5 : psychologique,

- Volet 6 : activités, capacités fonctionnelles, avec mise en perspective de l'environnement comme facilitateur ou obstacle
- Volet 7 : aides mises en œuvre,
- Volet 8 : Synthèse de l'évaluation avec mise en évidence des besoins de compensation.

1.3. Version utilisée de l'outil

Dans le cadre des MAIA, la CNSA propose une version de l'outil d'évaluation multidimensionnelle adaptée à la personne âgée en perte d'autonomie, le GEVA-A. Notons par exemple que les volets 3a (« parcours de formation ») et 3b (« parcours professionnel ») du GEVA ne figurent pas dans le GEVA-A. L'évaluation du GEVA-A s'organise elle aussi autour du volet « activités, capacités fonctionnelles » qui permet de rendre compte de l'autonomie de la personne dans son environnement. Ce volet a par ailleurs été remanié pour y intégrer entièrement la grille AGGIR afin de faciliter les démarches pour l'accès à la prestation APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Les volets « familial, social et budgétaire », « habitat », « médical », « psychologique », « aides mises en œuvres » et « synthèse » sont préservés.

1.4. GEVA-A est-il un outil ?

Il nous semble important de soulever la question de savoir si le GEVA-A est un outil technique permettant de mettre en place un accompagnement global pertinent et adapté à la situation de l'usager évaluée. En effet, le GEVA-A issu du GEVA se veut être *« un guide de recueil de données, permettant de classer et de trier l'information »* (Promoteur, GEVA-A).

> *« Là-dessus aussi il faut être clair, le GEVA n'est pas l'outil qui produit l'information mais l'outil qui recueille l'information. » (Promoteur, GEVA-A)*

Pour autant, le GEVA-A est reconnu comme outil par les pouvoirs publics et notamment dans la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan National Alzheimer puisqu'il répond à l'obligation d'avoir un « outil d'évaluation multidimensionnelle » dans les MAIA. En effet, l'équipe de pilotage nationale en charge de la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan National Alzheimer a signifié aux pilotes, par une lettre en juillet 2008, que seuls trois « outils » répondaient aux attentes du Plan, dont le GEVA-A.

2. Contextes d'utilisation du GEVA-A

2.1. Principales caractéristiques des sites utilisant le GEVA-A

La grande majorité des sites MAIA utilisant le GEVA-A sont portés par des conseils généraux. Les autres sites sont portés par des centres locaux d'informations et de coordination (CLIC).

Six sites MAIA utilisant le GEVA-A ont été interrogés. Ce sont 20 professionnels, 15 gestionnaires de cas et 5 pilotes. Parmi les 16 gestionnaires de cas, on compte 7 issus du secteur social (Conseiller en économie sociale et familiale, 4 du secteur sanitaire (infirmier), 3 « psychologues » (psychologue et neuropsychologue) et 2 sont issus de diverses formations initiales (ergothérapeutes, éducateur spécialisé).

2.2. Choix de l'outil par les sites

Dans une logique de continuité des pratiques des MDPH, les porteurs qui sont souvent à l'origine du choix de l'outil ont choisi d'utiliser le GEVA-A. En ce sens, ils tendent à intégrer les services personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH), volonté nationale avec l'apparition des maisons de l'autonomie.

« On l'utilisait déjà dans le cadre de la MDPH donc… Parce que nous on est une maison de l'autonomie, ce serait intéressant de voir ce qu'un outil utilisé en PH peut devenir en PA. » (Pilote, GEVA-A)

2.2.1. Un outil « gratuit »

Un pilote d'un autre site affirme que le choix s'est aussi porté sur la « gratuité » de l'outil.

« Il n'est pas payant. » (Pilote, GEVA-A)

2.3. Hétérogénéité des versions utilisées de l'outil

Le GEVA-A n'est pour autant ni figé, ni définitif. La CNSA s'appuie sur l'expérimentation des MAIA pour tester cette version adaptée du GEVA et amener les modifications nécessaires pour rendre l'outil le plus pertinent possible. Une réunion a eu lieu au mois de juillet 2010 réunissant les pilotes et gestionnaires de cas des six sites MAIA utilisant le GEVA-A pour connaître les remaniements de chacun et évaluer la pertinence de ces modifications. Pour le moment aucune version ne rassemble l'ensemble des modifications, qui restent mineures et ne remettent pas en cause la structure de l'outil. Il est important de noter que les sites MAIA utilisateurs du GEVA-A

n'évaluent pas tous les situations des personnes avec la même version du GEVA-A. Seuls deux sites ont centralisé leurs modifications respectives.

3. Caractéristiques de l'outil

3.1. Un guide de recueil de données

Le GEVA-A est selon le discours des professionnels un document de recueil de données. Il permet de recueillir et classifier l'information.

> *« Le GEVA je trouve que c'est une photographie à un instant T d'un dossier, voilà c'est tout. Ça nous apporte, enfin c'est comme ce qu'on appelle un recueil de données à un moment précis, donc sur des données médicales, des données sociales, des données familiales. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

Ce guide de recueil de données ne semble pas suffisant car il ne facilite pas assez le travail de problématisation de la situation de l'usager. En ce sens, il revêt davantage le rôle de guide que d'outil.

> *« Je n'ai pas un résultat à la fin, je ne peux pas m'appuyer sur quelque chose… ce n'est pas palpable, je ne sais pas comment décrire ça. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)*

> *« Mais je pense qu'on ne nous a pas vraiment enseigné comment l'utiliser. Je me posais… je savais que vous alliez venir alors je l'ai relu quand même, pour bien me le ré-imprégner, et je me disais « mais comment les conseillères handicap s'en servent » ? Justement je me disais que j'allais leur demander d'aller en visite avec elles. Parce que je ne vois pas comment elles arrivent à évaluer avec ça, enfin qu'est ce qui en ressort. Quand je faisais des tests mémoire on… on a un résultat, un score qui nous disait il y a une altération de la mémoire… mais là j'arrive pas. J'arrive pas à voir. C'est plus moi qui évalue par rapport à ce que j'ai entendu, à ce que j'ai vu… mais c'est pas ça qui me donne un résultat de la situation. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)*

3.2. Un outil figé

Le GEVA-A est aussi perçu comme un outil figé qui ne permet pas de rendre compte de l'évolution de la situation de l'usager.

> *« Parce que le GEVA c'est figé. Il a Alzheimer décelé, il a tel traitement et après si on lui change son traitement je ne vais pas refaire 22 pages. Donc c'est ridicule, donc il faut rajouter un volet dans le volet médical en disant il y a eu changement de traitement dans ce cas, mais on ne va pas refaire 22 pages. Donc c'est quelque chose de figé. Que ça donne*

une trame de départ pour avoir le profil de la personne, oui mais ça bouge tout le temps. Mais dans les évènements qui se passent au quotidien chez la personne, le GEVA c'est comme une carte d'identité. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

3.3. Un guide de pratiques

C'est aussi une trame d'entretien qui guide les professionnels dans leur évaluation en abordant les différents items.

« Voilà, ça permet d'avoir une stratégie d'évaluation quoi. Un chemin à suivre, des domaines explorés, qui sont tout le temps les mêmes et qui sont le plus complet possible. Des choses qu'on aurait peut-être tendance à oublier. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

Le GEVA-A aide le professionnel dans son évaluation et lui permet de ne pas oublier des informations pertinentes.

« C'est un support. Je trouve que le volet médical est assez complet et ça me permet de ne pas oublier ou de moins oublier des choses auxquelles je n'aurais pas forcément pensé vu ma formation initiale même si ma formation de gestion de cas nous a formé à ce qu'est la maladie d'Alzheimer. Mais après entre la théorie et le terrain. Je trouve que c'est un bon support. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

3.4. Un outil multidimensionnel

Les professionnels le caractérisent « d'outil multidimensionnel » parce qu'il aborde un éventail d'items pertinents pour la compréhension de la situation d'un usager.

« C'est qu'il est multidimensionnel. Il semble en tout cas, qu'il couvre l'ensemble des champs et des domaines qui touchent à la personne. Il y a un volet familial, un volet médical ; un volet psychologique, un volet plutôt fonctionnel et avec l'ensemble de ces domaines, on arrive en gros à couvrir une bonne partie de l'évaluation. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

Cet éventail d'items permet aux professionnels d'obtenir une bonne vision globale de la situation, une sorte « d'état des lieux ».

« Comme un guide d'évaluation vraiment multidimensionnel, comme un état des lieux de la situation un peu à un moment donné, voilà... Moi je trouve que c'est utile parce qu'il est très complet » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

3.5. Un outil redondant

Le GEVA-A est aussi défini comme un outil redondant. Les professionnels estiment qu'il existe une répétition d'items et notamment concernant le volet six, « activités et capacités fonctionnelles ».

> *« Je trouve que c'est un outil qui est assez redondant... Les grandes parties étaient classées, mais en même temps à la fin il y a un volet six qui revient avec un tableau, qui repose certes une question qui aurait pu apparaître à d'autres moments dans les autres volets. Je trouve qu'on est sans arrêt en train de faire des allers et retours dans les différents volets et du coup des fois on a l'impression que c'est un peu redondant. Qu'il y a un problème de classement des items. » (Pilote, GEVA-A)*

De plus, ce volet six, reprend la grille AGGIR permettant de déterminer le groupe iso-ressources auquel appartient la personne évaluée. Certains sites MAIA sont habilités à réaliser les évaluations APA et les gestionnaires de cas se trouvent alors dans l'obligation de remplir deux fois la grille AGGIR, une fois dans le GEVA-A et une seconde fois à partir de l'évaluation AGGIR même.

> *« Au début je les remplissais et là non j'arrête. Parce que nous ici on a la particularité de faire aussi les plans d'aide APA. Donc finalement on remplit encore la grille dans le plan d'aide. Voilà là je le remplis plus parce que je me rends compte que ça fait double emploi finalement, et en plus il est difficile à remplir celui là. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)*

3.6. Un outil non standardisé

Le GEVA-A n'est pas un outil standardisé. Composé de nombreux espaces d'écritures et de commentaires, il ne permet pas un lissage des pratiques professionnelles d'un site à l'autre, et d'un gestionnaire de cas à l'autre intra-site. Seuls les sites MAIA qui se concertent régulièrement pour discuter de l'outil et des pratiques qui en découlent, tendent à uniformiser les pratiques d'évaluation.

> *« Chacun l'utilise comme il veut… Après tout, le GEVA-A c'est un outil qu'on personnalise aussi. Je pense qu'on le remplit pas tous de la même manière et ce qui importe, c'est qu'il soit riche et qu'il y ait tout ce qu'on pense dedans et qu'il soit lisible par les autres. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)*

3.7. Un outil non informatisé

La non-standardisation du GEVA-A est un des facteurs expliquant qu'il n'est pas informatisé. Ceci semble être un frein au remplissage de l'outil pour les professionnels.

> *« Mais aussi d'avoir des choses à cocher, c'est vrai là je trouve que ce qu'ils avaient fait sur un autre site était vraiment intéressant. Parce que je trouvais que c'était peut-être plus facile, peut-être plus percutant pour le remplir. » (Pilote, GEVA-A)*

Cette non-informatisation de l'outil ne permet pas d'en tirer des statistiques et données pertinentes, les pilotes relèvent un réel manque de praticité de l'outil à des fins manageriales.

> *« On ne peut rien en tirer parce que c'est sur du Word. On ne peut pas faire d'extraction et puis c'est pas évolutif, ce n'est pas dynamique comme document. » » (Pilote, GEVA-A)*

Un site MAIA a tenté de l'informatiser sous Excel pour en tirer des statistiques, mais cela reste de l'expérimental.

> *« Moi je l'ai informatisé... Enfin j'ai essayé de mettre des macros pour qu'ils n'aient que des cases à cocher. » (Pilote, GEVA-A)*

4. Pratiques liées au GEVA-A

Les premières étapes de l'évaluation multidimensionnelle ayant été abordées dans la première partie, il s'agit ici de cerner les pratiques de remplissage, de synthétisation des données et de réévaluation.

4.1. Remplissage de l'outil, une pratique non standardisée

4.1.1. Il n'est pas nécessaire de remplir l'intégralité de l'outil

Le GEVA-A se veut être un guide, un recueil de données où l'on « classe et trie » l'information. Il n'oblige pas les professionnels à remplir l'intégralité des items si cela n'est pas pertinent pour la situation de l'usager.

> *« On a des gens qui sont en début de maladie et pour lesquels maintenir une autonomie et une accessibilité à certains commerces c'est important, on va travailler deux fils. On a des gens qui sont déjà en GIR 2 ou 1, pour qui ça n'a aucun sens de se poser la question de comment il va se chercher du pain. On n'en est pas là.» (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)*

« Mais je ne le remplis pas non s'il n'y a pas pertinence à ce que je demande une évaluation par une collègue, ou à ce que j'ai les éléments par rapport à ça. Mais c'est un peu notre politique même au niveau du handicap de dire que si ce n'est pas pertinent que ce soit inscrit dans son dossier, il n'y a pas nécessité. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

Les professionnels remplissent l'outil en fonction des items nécessaires au bon accompagnement de la situation de l'usager. Cette pratique renforce largement la non-standardisation du GEVA-A qui ne permet pas de rendre compte de données de santé publique à partir du moment où le guide peut ne pas être totalement complété. Ainsi il est difficile de savoir si une donnée manquante relève d'un choix professionnel raisonné ou de son incapacité à évaluer cette dimension, de l'absence ou au contraire de l'évidence de l'existence d'un problème dans cette dimension.

4.1.2. Notes et supports de remplissage

Les professionnels ne montrant pas ouvertement le support du GEVA-A, ils utilisent leurs notes libres et notes évolutives pour compléter les items de l'outil.

« On a des notes évolutives dans le dossier qui nous permettent de suivre la situation. Si on fait une visite à domicile, un coup de téléphone reçu, un coup de téléphone donné au médecin traitant ou à un service d'aide à domicile… moi je me sers beaucoup de mes notes pour remplir, quand je remplis un GEVA-A. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

« En fait mes notes évolutives c'est les notes que je prends rapidement, dont je me sers pour remplir le GEVA-A et je me sers du GEVA-A pour remplir la synthèse et je me sers de la synthèse pour remplir le PSI. C'est normalement le cheminement... Des fois on saute des étapes mais normalement on fait comme ça ! » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

D'autres gestionnaires de cas utilisent plutôt leurs comptes-rendus de visites pour emplir le GEVA-A.

« Oui ce sont des synthèses de visite que je fais dans mon dossier, avec tout ce que j'ai pu évaluer dans cet entretien. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

4.1.3. Le refus de remplir l'outil

Un faible nombre de gestionnaires de cas refusent de remplir totalement ou partiellement l'outil parce qu'ils ne se sentent pas légitimes pour l'utiliser. Ces professionnels ne sont pas encore

sortis de l'influence de leur formation initiale de travailleur social et refusent de compléter les volets médical et psychologique. D'autres n'ont pas reçu de formation à l'outil, leur appropriation de l'outil est donc difficile et préfèrent revenir aux outils qu'ils utilisaient avant ou bien aux notes pour évaluer la situation des usagers. Aucune évaluation multidimensionnelle n'est alors faite dans ce cas précis puisque les évaluations restent généralement sociales.

« Je m'en suis peu servie au départ et j'ai fait un blocage dans le sens où il y avait une partie médicale très pointue et je ne voyais pas, en tant que travailleur social, je n'avais pas les compétences pour remplir cette partie là. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

D'autres professionnels, refusent de remplir le GEVA-A estimé « trop lourd » en termes de temps de remplissage ou bien incomplet en termes d'items abordés. Ils conservent alors simplement leurs notes et comptes-rendus, sur support volant, qu'ils classent dans le dossier de l'usager.

« Du coup le GEVA-A n'était pas adapté pour moi depuis le début car j'avais d'autres aspects qui n'étaient pas intégrés, l'aspect budgétaire n'était pas intégré entièrement. Donc je me suis servie uniquement de mes comptes rendus. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

4.1.4. « Remplir pour le remplir »

Certains gestionnaires de cas ne se sentent pas à l'aise avec l'outil et n'en voient pas la plus-value. Ils se sentent ainsi obligés de le remplir dans le cadre de l'expérimentation.

« En gros j'ai l'impression de faire un GEVA parce qu'on me dit de remplir un GEVA. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)

« Ecoutez, je sais pas ce que vous a dit ma collègue, mais en l'occurrence on n'a pas l'impression qu'il serve à qui que ce soit. J'ai l'impression qu'on le remplit toutes parce qu'il faut le remplir. C'est dommage. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)

4.2. Synthèse

4.2.1. Construction de la synthèse non standardisée

La réalisation de la synthèse de l'outil diffère d'un professionnel à un autre. Même si l'outil guide le professionnel dans la réalisation de la synthèse, la plupart ne respecte pas cette construction et réalise des synthèses sur un autre support que l'outil.

« Donc moi j'ai repris ça, la situation familiale et je parle du plan d'aide APA parce qu'en général ça parle aux gens de donner le GIR, de dire le nombre d'heures à domicile. Je fais un petit compte-rendu sur la situation médicale, un compte-rendu sur l'autonomie et, moi je rajoute un petit compte-rendu et quelques lignes sur l'habitat et le logement et les besoins… enfin l'état des lieux du logement. Et voilà, tout ce qui est autonomie et projet de la personne et projet de l'aidant, que finalement je mets à la fin et qui normalement était prévu initialement au début. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

« Le projet de vie, le souhait. Ce qui est relatif aux soins et à la santé, la santé au sens de l'OMS, la santé au sens global. C'est essentiellement la conscience des pertes de capacité etc., l'anxiété, ce qui génère de l'angoisse et le lien qu'il peut avoir avec sa femme. Après toutes les choses se rejoignent. Les éléments qui sont relatifs à la situation familiale, l'environnement familial, les enfants ou pas. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)[7]

4.2.2. Confusion entre la synthèse et le plan de service individualisé

Certains professionnels confondent synthèse et plan de services individualisé. Ils notent ainsi dans la synthèse les éléments, services à mettre en place, nécessaires au PSI.

« Voilà, moi au début les premières synthèses, c'était un PSI écrit. C'était ce qui était en place et ce qu'il fallait mettre en place. Après on est revenu… ma collègue qui utilisait le GEVA-A et la synthèse en PCH m'a dit « non, la synthèse c'est ce qui est maintenant, c'est comme ça, c'est les difficultés et les bons points. Et ce qui va pas, on le reprend dans le PSI pour envisager des réponses ». (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

4.2.3. Des synthèses réalisées uniquement dans le cadre du partage de l'information

Pour d'autres enfin, la synthèse étant l'outil de partage de l'information avec les partenaires, elle n'est réalisée que dans ce cas et dépend des intervenants et de la situation de l'usager.

« Mais j'écris quand on a besoin d'organiser des réunions de synthèse avec des partenaires pour coordonner les interventions et mettre en cohérence les plans d'aide de chacun des intervenants donc souvent j'ai besoin d'écrire un peu, de poser le contexte de poser un peu les choses, ce qui est en place, ce qui pourrait être amélioré. Et voilà l'outil est une bonne base pour ne rien oublier en terme de mémoire, je trouve que c'est bien. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

4.3. Réévaluation, une pratique qui manque de cadre

[7] Ces deux citations mettent par ailleurs en exergue une difficulté d'appropriation de la démarche d'évaluation avec confusion entre évaluation et accès aux droits, ou confusion entre évaluation des pertes de capacité, l'angoisse et expression du projet de vie.

Rappelons que les professionnels ont commencé leur activité de gestionnaires de cas pour la plupart en janvier et février 2010. Les entretiens se sont déroulés entre les mois de juillet et septembre 2010 soit 6 à 9 mois après le début de leur fonction.

4.3.1. Peu de réévaluations effectives

A ce stade de l'expérimentation peu de professionnels utilisant le GEVA-A ont réévalué la situation d'un usager.

> *« Non reprendre l'outil et réévalué après X temps passé, non je ne l'ai pas fait. Peut être que je devrais mais ce n'est pas mes pratiques. Je n'ai pas comparé le 'avant' et le 'après' et l'évolution. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

Les professionnels ne se « sentent pas encore prêt » pour évaluer. Ils évoquent notamment un cadre flou à cette pratique.

4.3.2. Un cadre flou

Les professionnels ne semblent pas avoir connaissance des conditions de réévaluation. Ils appréhendent la réévaluation et la retardent au maximum.

D'une part ils ne savent pas comment réaliser une réévaluation, en termes de pratiques, de remplissage et des items à aborder.

> *« Mais souvent ce que l'on fait on prend une autre couleur et on note les évolutions. On ne re-remplit pas un GEVA-A ; On note par couleur et on fait les évolutions mais je ne l'ai pas fait. Ce n'est pas dans ma pratique enfin on le fait pour les personnes handicapées mais là je ne l'ai pas fait pour le GEVA-A. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

D'autre part, les professionnels ne connaissent pas les délais entre une évaluation et une réévaluation. Ils estiment que le déclencheur d'une réévaluation est toute modification importante de la situation de l'usager, comme une hospitalisation, une chute, ou tout autre déclencheur induisant une rupture dans l'accompagnement au domicile.

> *« Qu'est-ce qu'on fait maintenant des premières situations qui datent de mars ? Voilà, on est en juillet, en août, en septembre même ! Il y a cinq mois qui s'est écoulé et du coup à quel moment on réévalue, à quel moment on modifie le GEVA-A, c'est long, c'est lourd comme outil, est ce qu'on modifie tout...Du coup, ça marche pas trop non plus. Voilà, ça c'est pas encore réglé et on n'a pas encore de méthodologie pour ça. On sait pas trop... Est-ce qu'on se fixe une date au bout de cinq mois ou six mois on rejette un coup d'œil dans le*

GEVA-A, est-ce que quand la situation a changé de telle manière on revoit… ? » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

5. Difficultés des professionnels liées au GEVA-A

Diverses difficultés ont été mises en avant par les professionnels qui ont développé des pratiques variées et improvisées. Chaque site a porté des modifications assez conséquentes au GEVA-A aussi bien de forme que de fond.

5.1. Un démarche lourde

Les professionnels s'entendent pour affirmer que le GEVA-A est un outil « *lourd* » et induit une démarche importante mais confuse. Les professionnels emploient les termes de « *froid* », « austère », « rébarbatif » qui caractérisent l'outil de manière négative et nonchalante.

« Il est trop lourd, trop long, trop chronophage. Et il mériterait d'être aussi exhaustif tout en étant plus synthétique. […]Oui et lui donner un aspect outre le graphisme du coup. Là il est vraiment en format Word. En tous les cas, lui donner un aspect moins rébarbatif à, lire, en terme d'items de longueur, il faudrait vraiment qu'il soit synthétique. Qu'on puisse balayer la situation très rapidement. Je pense que c'est faisable.» (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

« Tout est en interrelation me semble-t-il. Donc il faudrait faire quelque chose de plus fluide. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

5.2. Des pratiques improvisées

Certains professionnels semblent ne pas maîtriser l'outil et se réapproprient l'outil en ne respectant pas les consignes de remplissage du GEVA-A.

« Dans le volet médical on a un petit tableau qui s'appelle « récapitulatif des déficiences ». Il reprend un petit peu toutes les déficiences intellectuelles et collectives, visuelles et motrices et tout ça, que… alors nous on a décidé de l'utiliser comme ça parce qu'on savait pas trop. On a classé un petit peu par ordre d'importance et ensuite on essaie de citer quelle est la déficience principale. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

5.3. Remaniement de l'outil

Le GEVA-A étant en expérimentation dans le cadre des MAIA, les sites ont eu droit de remanier l'outil de manière à ce qu'il soit plus pertinent. Chaque site a remanié l'outil de manière plus ou moins importante.

5.3.1. Un travail pluridisciplinaire

Ce travail a été mené lors de concertations intra-site entre pilote et gestionnaires de cas de formations initiales différentes. Cette multidisciplinarité a permis d'enrichir les raisonnements et modifications.

« Ce qui est riche, c'est de le faire bouger avec les points de vue de toute l'équipe de gestionnaires de cas, qui découvrent une population aussi différemment. Voilà et qui apportent sa spécificité, son propre regard. On discute et on se dit, « telle chose ce serait intéressant de le rajouter dans le GEVA-A parce que pour moi je me suis rendue compte que... » Donc tout le monde le rajoute. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

« le volet psychologique on l'a retouché, on est deux psychologues dans l'équipe donc on l'a retouché ensemble, et un neuropsy, donc ensemble on a réfléchi à ce qui était pertinent dans ce domaine là, à savoir ou à ne pas savoir, à inscrire ou pas. L'ergothérapeute a retouché la partie habitat et logement en regardant ce qui était pertinent pour lui. Et du coup, effectivement l'ergothérapeute est bien plus complet lorsqu'il remplit la partie habitat et logement et nous sommes bien plus complets sûrement lorsque nous complétons la partie volet psychologique. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

5.3.2. Modifications de fond

Beaucoup de modifications de fond du GEVA-A ont été faites par les professionnels. Les modifications sont les suivantes :

- Dans la première page de l'outil, la date de naissance de l'usager et une case à cocher pour signifier que l-usager bénéficie ou non de l'APA.
- La conduite d'un véhicule : des questions relatives aux contre-indications et aux démarches administratives ont été rajoutées.

« Dans les 18 situations, jamais je me suis posée la question d'adapter un véhicule. Par contre, les items qu'on a rajoutés sur les véhicules, c'est de savoir s'il y a une contre-indication à conduire, y a-t-il eu une visite médicale à la préfecture ou faut-il l'organiser. Parce que c'est plutôt ça. On n'en est pas à adapter le véhicule. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

- Une page concentrant les coordonnées de tous les partenaires intervenant dans l'accompagnement de l'usager a été insérée avant le volet médical.
- Le volet médical a entièrement été remanié. (Annexe 1)
- Le volet psychologique a été remanié (Annexe1)
- Les séjours dans divers types d'hébergement ont été rajoutés

« C'est l'expérience qui nous fait le modifier. Par exemple, l'un des items que l'on a rajouté dans le GEVA-A et qui paraissait évident, pour les personnes âgées, c'est est-ce qu'il y a eu des dossiers déposés en maison de retraite ou en EHPAD, y a-t-il eu des visites effectuées ? Ça, c'est très spécifique à la personne âgée. Ça, c'est des choses qu'on a ajoutées parce que ça nous paraissait... Je pense que l'expérience va faire encore ajouter certains items parce que finalement, ça c'est pertinent. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

5.3.3. Modifications de forme

Un site a essayé d'informatiser le GEVA-A. Le pilote a donc mis en place une version informatique intégrant des cases afin que le remplissage de l'outil se fasse plus rapidement.

« On a rajouté beaucoup de macro, on a essayé de faire un GEVA-A facile à cocher, parce que si le GEVA-A il perdure il faudra qu'il soit pas sur Word. Ni sur Excel. Mais un bon logiciel bien fait et solide. Parce que ce sont des données inutilisables sur Word en plus. Statistiquement on ne peut rien faire. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

5.3.4. Conséquences du remaniement sur l'appropriation

La forte mobilisation des professionnels (pilotes et gestionnaires de cas) dans le remaniement du GEVA-A a eu une influence directe sur les pratiques des gestionnaires de cas.

On a pu remarquer que les gestionnaires de cas ayant participé aux modifications apportées à l'outil se sentent concernés par l'utilisation de celui-ci et semblent mieux se l'approprier.

« Je les remplissais au fur et à mesure alors qu'ils étaient toujours modifiés. Je me suis retrouvée avec le premier GEVA qui n'a rien à voir avec ce que je remplis maintenant. C'est le côté expérimental qui fait que les choses bougent. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

Pour d'autres gestionnaires de cas, généralement arrivés en cours ou après le remaniement, ils se sentent moins concernés par l'outil et leur appréhension de l'outil est moins ancrée dans le processus d'appropriation.

« Donc certaines de mes collègues ont choisi d'attendre que l'outil soit terminé, qu'on ait une première esquisse qui nous convenait à peu près pour les remplir. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

6. Qualités du GEVA-A

6.1. L'outil permet de connaitre les besoins de la personne : des avis partagés

Les professionnels utilisant le GEVA-A sont partagés sur le fait que l'outil rend compte des besoins de la personne. La plupart des gestionnaires de cas nuancent leurs propos en déclarant que ce sont principalement les connaissances des professionnels qui permettent d'observer les besoins de l'usager plus que l'outil qui collecte de l'information.

« C'est en partie vrai. C'est en partie notre connaissance de la population qui nous fait nous rendre compte de la spécificité des besoins et en partie le GEVA. Le GEVA nous complète sur certaines choses dont on ne pense pas. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

D'autres professionnels réfutent et nuancent. Le GEVA-A dans son processus d'évaluation multidimensionnelle permet de bien connaitre les besoins de l'usager, pour autant l'outil en lui-même ne permet pas de faire apparaitre les besoins. Autrement dit, le professionnel connait les besoins de l'usager durant le processus d'évaluation, mais ces besoins n'apparaissent pas clairement dans le remplissage de l'outil. Un lecteur extérieur de l'outil ne serait pas en mesure d'identifier les besoins de l'usager.

« Non. L'outil aide, mais ce n'est pas grâce à l'outil. Justement, c'est... Il y a des choses qui sont clairement exprimées, ce n'est même pas forcément toujours facile de faire apparaître dans le GEVA-A. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

6.2. Le GEVA-A ne rend pas compte de situations à risque.

Les professionnels affirment que le GEVA-A ne leur permet pas de les alerter sur des situations à risques. Nous avons précédemment soulevé le fait que le GEVA-A ne permet pas de problématiser la situation de l'usager, ceci illustre le fait qu'aucune alerte n'en découle.

6.3. Le GEVA-A ne facilite pas la réalisation du plan de services individualisé

Selon les gestionnaires de cas, le GEVA-A ne facilite la mise en place du plan de services individualisé mettant en avant un manque de cohérence dans la manière dont sont présentés les

deux outils. Ceci demande une attention toute particulière aux professionnels dans la réalisation du PSI.

« Non, pas du tout, car ça ne correspond pas à la manière dont est décliné le PSI, ce n'est pas raccord. Il faut reformuler, il faut retrouver à quoi les besoins identifiés dans le GEVA vont correspondre par rapport au PSI. C'est encore un travail supplémentaire, une gymnastique » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

6.4. Le GEVA-A contient la grille AGGIR

Le GEVA-A contient les items de la grille AGGIR dans son volet six de l'évaluation. La plupart des professionnels ont fait le lien entre la grille AGGIR et le volet six. Ainsi en termes d'outils, Le GEVA-A offre la garantie que toutes les personnes évaluées auront une évaluation par la grille AGGIR. Néanmoins, du fait de l'absence de prise de décision stratégique localement sur la reconnaissance de cette évaluation, de nombreux gestionnaires de cas déplorent que l'évaluation soit refaite par un autre professionnel à l'aide de la même grille AGGIR.

7. Coûts

7.1. Coûts pour les MAIA

7.1.1. Gratuité des droits d'utilisation et de la formation à l'outil

Aucun frais n'est demandé aux sites MAIA pour l'utilisation du GEVA-A ou pour la formation. Seuls les frais de transports jusqu'à la CNSA sont à prévoir si la formation se déroule à Paris. Pour un site, la formation s'est déroulée directement sur site.

« Les formations sur le GEVA…. Oui, on n'avait rien payé » (Pilote, GEVA-A)

La CNSA forme actuellement des « formateurs au GEVA », les « formateur relais ». Dans une phase de généralisation, les MAIA devront s'adresser aux formateurs relais de leur région pour suivre une formation au GEVA-A.

7.1.2. Coût matériel d'impression et de stockage de l'outil

Les coûts matériels du GEVA-A résident dans l'impression papier de l'outil imposant ainsi son stockage dans des armoires sécurisées.

« Le seul coût c'est d'imprimer le GEVA en papier qui te fait, à chaque fois, vingt et un pages, vingt et une ou vingt-deux pages. On va dire que ça a un coût de papier. » (Pilote, GEVA-A)

7.1.3. Coût humain et d'appropriation de l'outil

L'appropriation du GEVA-A est conséquente, minimum six mois et de ce fait est coûteuse en termes humains. Il convient de prévoir comme le dit le promoteur du GEVA-A, un « coût d'entrée » d'utilisation de l'outil qui correspond à un temps certain d'apprentissage des professionnels au début de leur utilisation de l'outil.

7.2. Coûts pour la CNSA

Si l'outil ne coûte pas forcément aux sites MAIA, il coûte bien plus à la CNSA qui doit financer :

- Une activité de « promoteur » du GEVA-A
- Le déploiement des formateurs relais en phase de généralisation
- Les recherches et études de validation et de finalisation de l'outil

Troisième partie : Réceptivité de l'OEMD-SMAF

1. Présentation de l'OEMD-SMAF

1.1. Historique

L'OEMD SMAF est une adaptation de l'Outil d'Evaluation MultiClientèle (OEMC). Issu d'un groupe de travail commandité par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux à partir d'un outil utilisé dans la région de la Montérégie, l'OEMC est depuis 2002 implanté au Québec comme outil unique d'évaluation pour les adultes et personnes âgées en perte d'autonomie [Ministère Santé Québec, 2000].

L'OEMD SMAF, tout comme l'OEMC, se base pour l'évaluation de la dimension "autonomie fonctionnelle" sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). Le SMAF est issu des travaux de R. Hébert commencés en 1981 à l'Université de Grenoble puis poursuivis et développés au Québec à partir de 1984. Révisé en 1992 et en 2002 (lors de son inclusion dans l'OEMC), il fait l'objet de multiples études de validation depuis plus de vingt ans [Hébert, 1988] : reproductibilité dans le temps et des pratiques entre évaluateurs de formations professionnelles différentes [Desrosiers, 1995 ; 24:402-406], sensibilité au changement des situations [Langlais, 1998] et « évolution métriquement et cliniquement significatives des capacités fonctionnelles de la personne [Hébert, 1997 ; 78 :1305-1308] »[Hébert, à paraitre].

Le SMAF a été créé en s'appuyant sur la première classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé et le modèle de Wood. « Cette classification se base sur un concept fonctionnel de la maladie qui comporte trois niveaux : la déficience, l'incapacité et le handicap. L'incapacité résulte d'une déficience qui limite le fonctionnement de l'individu ou le restreint dans ses activités. Le handicap se rapporte plutôt au désavantage social entraîné par l'incapacité, compte tenu des exigences qui sont imposées à l'individu et des ressources matérielles et sociales dont il dispose pour pallier cette incapacité. Le handicap représente en quelque sorte l'intervalle entre les incapacités et les ressources ». [Hébert, 1999]. Le SMAF fournit une évaluation semi-quantitative des incapacités de l'individu, de même qu'une appréciation clinique du degré d'adéquation des ressources matérielles et sociales en place pour compenser les incapacités.

Dans le cadre du projet « Pise-Dordogne », qui expérimente l'implantation du SMAF en EPHAD et à domicile, une demande a été formulée de voir le SMAF compatible à la grille AGGIR. Un groupe d'expert a validé un algorithme de conversion d'items du SMAF en variables de la grille AGGIR. Les conclusions montrent que « globalement le SMAF sous-estime le GIR. Les corrélations obtenues sont bonnes : R (Pearson)=0.70 ;p (Spearman)=0.66 ; CCI=0.58 à 0.74 » [Gervais et al, 2010]. Pour autant, dans le cadre des MAIA, cet algorithme n'a pas été utilisé.

1.2. Objectifs et démarche

Le SMAF a pour but de mesurer l'autonomie fonctionnelle, les incapacités et les besoins des personnes tout en prenant en compte leur environnement. Dans le reste de l'outil, l'OEMD SMAF, comme l'OEMC s'intéresse à l'histoire de vie de la personne et à son environnement.

L'objectif de l'OEMC est de mettre en place un diagnostic partagé générant un langage et des pratiques communes et d'améliorer la qualité de services apportés à la personne dépendante [CESS, 2010].

« L'OEMC est un instrument qui facilite et supporte le travail de l'intervenant ou celui de l'équipe multidisciplinaire, lors de la traduction des demandes en besoins, de la traduction des besoins en services et de l'allocation des ressources disponibles en fonction des besoins de la clientèle. » [CESS site internet].

La version informatique du SMAF, eSMAF, permet le calcul d'un score d'incapacité des personnes et rend compte des situations des personnes selon une grille de profils ISO-SMAF. Il existe 14 profils différents regroupant les individus avec des incapacités semblables générant des services et des coûts similaires. Le eSMAF permet également de générer une synthèse visuelle des incapacités appelée « Tableau d'aide individualisée ».

1.3. Version de l'outil utilisée dans le cadre des MAIA

Dans le cadre des MAIA, l'OEMD-SMAF est issu d'un travail d'adaptation de l'OEMC en termes de linguistique usuelle en France et en fonction des caractéristiques propres aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant en France. Plusieurs aspects de l'outil ont été revus dans leur architecture et dans leurs indicateurs sans modifier la structure de base qui impose pour chaque aspect, l'évaluation dans un premier temps de la difficulté et seulement dans un deuxième temps le jugement sur le fait que cette éventuelle difficulté pose problème. Les modifications n'ont jamais concerné la partie SMAF qui est un outil à part entière à l'intérieur de l'OEMD ayant

une validité scientifique propre qui serait altérée par tout travail de reformulation non encadré par un travail de revalidation scientifique. Ces évolutions ont été réalisées principalement durant l'expérimentation PRISMA France en groupe de travail et poursuivies durant l'expérimentation des MAIA entre les sites utilisateurs.

Dans la forme proposée à l'usage par les gestionnaires de cas, l'OEMD-SMAF se compose d'un « volet qualitatif » qui aborde six domaines auquel s'ajoute le SMAF, partie davantage quantitative puisqu'elle permet le calcul de scores en lien avec la situation de la personne. Le volet qualitatif aborde 24 items à travers 6 domaines. Les domaines sont les suivants :

- Etat de santé (Histoire de santé, santé psychique, traitements, etc.),
- Habitudes de vie (Alimentation, sommeil, alcool, tabac, activités personnelles, etc.),
- Situation psychosociale (Histoire sociale, milieu familial, aidants, réseau professionnel, etc.)
- Environnement physique (Conditions du logement, sécurité personnelle et environnementale, etc.),
- Conditions économiques,
- Synthèse.

A cela, s'ajoute le SMAF composé de 29 items regroupés dans 5 domaines

- Activités de la vie quotidienne (7 items),
- Mobilité (6 items),
- Communication (3 items),
- Fonctions mentales (5 items),
- Tâches domestiques (8 items)

2. Contextes d'utilisation de l'OEMD-SMAF

2.1. Principales caractéristiques des sites utilisant l'OEMD-SMAF

2.1.1. Divers porteurs

Les sites MAIA utilisant l'OEMD SMAF sont portés majoritairement par des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou des réseaux gérontologiques. Les autres sites sont

portés par des Conseils Généraux. Même si les porteurs sont différents, les pratiques liées à l'OEMD SMAF sont globalement homogènes. Cette étude ne permet pas d'identifier un possible lien entre pratiques d'évaluation multidimensionnelle et nature de la structure porteuse du projet.

2.1.2. Rappel du panel interrogé (effectif, formations initiales)

29 professionnels utilisant l'OEMD-SMAF ont été interrogés entre les mois de juillet et septembre 2010. 23 gestionnaires de cas et 6 pilotes. Par les gestionnaires de cas, 10 sont issus du secteur social (conseiller en économie sociale et familiale, assistant social), 7 du secteur sanitaire (infirmier, infirmier coordonateur), 3 de la psychologie (psychologue et neuropsychologue) et 3 sont issus de divers formations initiales (ergothérapeutes, juriste).

2.2. Choix de l'outil par les sites

Plusieurs facteurs ont motivé le choix des sites dans l'utilisation de l'OEMD-SMAF.

2.2.1. Le SMAF déjà utilisé sur le territoire

Tout d'abord certains sites MAIA ont choisi d'utiliser l'OEMD-SMAF par souci de continuité d'utilisation de l'outil préalablement utilisé sur le territoire concerné (soit par les partenaires, soit par le site lui-même). En effet, un site a choisi l'outil parce que l'hôpital présent sur le territoire d'action de la MAIA utilisait déjà la partie SMAF de l'OEMD-SMAF.

> *« Le président de l'association a utilisé une version grille SMAF de base papier qui était utilisée à l'hôpital dans son service du centre hospitalier. Donc c'est resté. » (Pilote, OEMD-SMAF)*

Un autre site l'a choisi parce qu'il l'utilisait déjà dans le cadre d'une expérimentation précédente de gestion de cas. Le fait que le SMAF ait été conçu au Québec et utilisé dans le cadre de l'expérimentation PRISMA dans ce pays a été valorisé par certains interlocuteurs comme cohérent dans le cadre des MAIA.

> *« C'était venu par PRISMA et PRISMA, d'emblée, s'inscrivait dans l'OEMD-SMAF. » (Pilote, OEMD-SMAF)*

2.2.2. Volonté d'expérimenter un nouvel outil

L'expérimentation MAIA a été pour beaucoup de sites l'opportunité d'expérimenter un nouvel outil, « attractif », selon les pilotes, dans sa présentation.

« Donc les porteurs ont décidé de profiter de cette expérimentation pour pouvoir effectivement innover et tester un autre outil. » (Pilote, OEMD-SMAF)

2.2.3. Un choix influencé

Pour un autre site, qui utilisait le GEVA auparavant, le choix s'est porté sur l'OEMD-SMAF parce qu'il avait la représentation qu'il pouvait y avoir une préférence de l'équipe projet national de l'expérimentation MAIA.

« On sentait fortement que l'équipe EPN souhaitait qu'on prenne le SMAF. » (Pilote, OEMD-SMAF)

Le pilote a aussi soulevé le fait que ce changement d'outil pouvait le séduire étant donné la provenance de l'outil, le Québec, qui semble être considéré comme une « marque de qualité ».

« On a toujours eu l'impression que le Québec était plus en avance que la France, on s'est dit pourquoi pas […] je trouve qu'ils ont quand même beaucoup d'idées très avancées. Nous en France je trouve qu'on est un petit peu trop frileux parfois et au niveau administratif c'est tellement complexe. » (Pilote, OEMD-SMAF)

3. Caractéristiques de l'OEMD-SMAF

3.1. Un guide de pratiques

3.1.1. Ligne de conduite

L'OEMD-SMAF est présenté par les professionnels comme un guide de conduites professionnelles dans l'évaluation multidimensionnelle. Il est un guide d'organisation du travail ainsi qu'un « pense-bête ».

« Pour moi l'outil, c'est le début, ça me donne une ligne de conduite » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Il me permet d'être mieux organisée on va dire, parce que j'ai le truc en tête. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« Mais à chaque fois, je me dis « faut que je pense à aller chercher ça ». Ca a une réelle utilité. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

3.1.2. Trame d'entretien

L'OEMD SMAF est donc une trame d'entretien qui guide le professionnel dans son évaluation. Il permet de garder un cadre d'entretien et un fil conducteur de thèmes à aborder.

« Moi cet outil me sert généralement, on va dire, de grille de conduite d'entretien quand je rencontre quelqu'un pour la première fois. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Oui, ça me sert de fil conducteur. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

3.2. Un outil global basé sur l'autonomie fonctionnelle

L'outil est aussi présenté comme un outil multidimensionnel basé sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Il est certain que l'ensemble des gestionnaires de cas et pilotes abordent dans un premier temps l'autonomie fonctionnelle véhiculée par la partie SMAF qui nous le verrons ultérieurement est la réelle plus-value de l'outil.

« Le SMAF, ce sont les domaines de l'activité domestique, activité vie quotidienne, fonction mentale, fonction de communication, fonction vésicale et j'ai oublié…comment ca s'appelle… la mobilité. L'OEMD c'est tout ce qui est santé, psycho-social, mental, etc. Tout ce qui est environnement social, familial, histoire de vie…comme ça il faut que je m'y repenche, je le suis pas mal, habitudes de vie, tout ce qui est alimentation. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

« Avec le SMAF dedans, oui. C'est un outil qui, par son nom, donne déjà son objectif, c'est d'avoir une vue globale de la personne que l'on suit, une approche sous divers aspects, déjà tout ce qui est de l'ordre des déficiences et du handicap, ensuite l'environnement culturel, l'histoire médicale, l'approche environnementale, familiale, cultuelle, culturelle, de la personne. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

En abordant l'autonomie fonctionnelle de la personne, l'outil permet de rendre compte des capacités de l'usager, domaines largement évoqués par les professionnels qui y voient une innovation et une nouvelle considération de l'usager de manière « positive ».

« Je vais commencer par le SMAF que l'on met en avant selon différents items, les actes de la vie quotidienne, etc. On va aller évaluer les capacités de la personne. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

« Ca permet quand même de pouvoir valoriser la personne et expliquer aux aidants ce qu'on va pouvoir faire, mettre en place donc je trouve ça positif. » (Gestionnaire de cas, autre secteur, OEMD-SMAF)

3.3. Dissociation de l'outil

Les professionnels considèrent l'OEMD-SMAF comme l'assemblage de deux outils : d'une part l'OEMD et d'autre part le SMAF. Cette dissociation, de diverses natures, se retrouve dans tous les discours des professionnels aussi bien venant des gestionnaires de cas que des pilotes.

« Quand vous dites l'outil, c'est l'OEMD et le SMAF ou séparément ? C'est les deux ? » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

3.3.1. L'OEMD-SMAF est appelé le « SMAF »

Tout d'abord, l'OEMD-SMAF est souvent appelé « SMAF ».

« L'outil que l'on utilise c'est le SMAF. On utilise le SMAF et l'OEMD. Alors je suis plus familiarisée avec le SMAF qu'avec l'OEMD. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Ceci s'explique par le fait que le terme « SMAF » et non l'OEMD-SMAF, a été pris en exemple dans le cadre de la formation au diplôme universitaire de coordonnateur de santé en gériatrie à laquelle tous les gestionnaires de cas ont participé. Les professionnels ont aussi reçu une formation directement liée à l'utilisation non pas de l'ensemble de l'outil mais seulement à la partie SMAF de l'outil. Cette dissociation de l'outil provient donc directement des formations suivies par les professionnels.

3.3.2. SMAF vs OEMD

Dans un second temps, la distinction de deux outils dans l'OEMD-SMAF est davantage liée à la forme de l'outil et aux pratiques des professionnels.

L'OEMD se distingue du SMAF tout d'abord par le support. L'OEMD-SMAF se compose effectivement d'une partie OEMD et d'une partie SMAF. Ces deux parties ne sont pas regroupées dans un même document. Concrètement les professionnels possèdent un support papier appelé « Outil d'évaluation multidimensionnelle » (OEMD) et un support informatique pour le SMAF appelé e-SMAF. Le SMAF est aussi disponible en version papier. Le fait qu'une seule partie de l'outil soit informatisée scinde réellement l'OEMD-SMAF en deux parties.

« Je pense que ce qui est prédominant, parce qu'il y a cette possibilité aussi de l'utiliser de manière informatique, c'est le SMAF, c'est vraiment… l'outil est beaucoup plus clair, beaucoup plus lisible que l'OEMD. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

« Le SMAF est plus standardisé, il est clair, il est carré. A la sortie de ça, on a quelque chose en détail, on a des récapitulatifs de tout, les scores, les profils. Je ne suis pas une grande adepte des profils. Mais il y a quelque chose de concret qui sort à la fin. L'OEMD va m'aider à faire ma synthèse, mon plan de services individualisé mais j'en sors rien » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

La partie SMAF standardisée et informatisée est perçue comme étant plus simple d'utilisation de la partie SMAF, en comparaison aux vingt pages de papier de la partie OEMD[8].

« Je pense que ce qui est prédominant […], c'est cette possibilité aussi de l'utiliser de manière informatique, c'est le SMAF, c'est vraiment…l'outil est beaucoup plus clair, beaucoup plus lisible que l'OEMD. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Ceci impacte directement l'appréhension des professionnels relativement aux outils et à leur utilisation. Une dissociation s'opère effectivement entre un outil technique (SMAF) et un outil sensible (OEMD), que nous allons développer à présent.

Le SMAF, nouveau, standardisé, informatisé et abordant l'autonomie fonctionnelle, est montré comme un outil technique. Davantage tourné vers le secteur sanitaire, il possède une légitimité forte et une représentation de plus-value puisqu'il permet de catégoriser des profils d'usagers en fonction de leurs capacités et leurs dépendances (les groupes Iso-SMAF).

« Le SMAF, lui va plus aller vers, sur le côté fonctionnel de la personne, et là pour le coup, c'est vraiment un outil très fin et très pertinent, dans le sens où je n'ai pas l'impression que ces questions-là sont forcément abordées dans d'autres méthodes, enfin, je sais qu'en parlant avec mes collègues travailleuses sociales, elles n'allaient pas si loin, voilà dans la finesse des questions. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Suite à cette évaluation qui est quand même assez précise avec des items bien développés, on peut retirer un profil ISO-SMAF qui va nous permettre de voir ou se situe l'atteinte, là où elle est prédominante. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

A l'inverse, la partie OEMD, présente un support composé majoritairement de « questions ouvertes », autrement dit d'espaces de commentaire pour expliquer la situation de la personne. Cette partie est présentée comme « l'histoire de vie de la personne », « la bible », où le

[8] Le SMAF en version papier occupe 14 pages

gestionnaire de cas retranscrit les informations. Il s'agit donc pour le professionnel de s'exprimer sur la situation de l'usager et de rédiger les informations. **La partie OEMD est alors perçue comme un outil sensible** par le gestionnaire de cas et ce dans son rapport à l'écriture qui devient de l'ordre de « l'intimité professionnelle ».

> *« Mais tout est un espace d'expression personnel un petit peu » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)*

On assiste donc bien à une opposition de l'OEMD et du SMAF dans les pratiques professionnelles puisque l'un est principalement basé sur l'écriture alors que l'autre repose principalement sur une démarche de calculs de scores et d'algorithmes[9].

3.3.3. Pour autant des outils complémentaires

Même si tout semble opposer les deux parties de l'outil, elles n'en restent pas moins ressenties comme complémentaires et qu'aucune ne se suffit à elle-même pour évaluer globalement la situation d'une personne.

> *« Non, le SMAF et l'OEMD, c'est complémentaire. Le SMAF ne suffit pas à lui seul, ça, c'est sûr. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

Le SMAF possède une place centrale dans l'outil puisque les professionnels y voient une plus-value importante, notamment dans l'appréhension de la personne en termes de capacités et non d'incapacités, comme avec la grille AGGIR, ainsi qu'une utilisation simple et technique.

> *« C'est [l'OEMD] quand même assez laborieux à remplir, je trouve. Et puis il y a certaines rubriques... Alors eux vous ont certainement dit mieux que moi, mais certaines rubriques ils me disaient avoir du mal à les remplir. C'est quand même très poussé, très... Autant le SMAF, ils l'ont vite utilisé, autant l'OEMD ça a été plus compliqué. Ils commencent à en voir l'intérêt maintenant. Mais c'est à l'usage. Parce que certaines infos, je leur dis… Quand ils ne l'ont pas, je leur dis que s'ils avaient commencé à faire l'évaluation correctement, les infos ils les auraient. Donc ils voient l'intérêt, mais c'est vrai qu'il faut une période d'adaptation et d'appropriation. » (Pilote, OEMD-SMAF)*

L'OEMD apparaît donc comme une partie complémentaire au SMAF.

> *« Le SMAF c'est vraiment tout ce qui est autonomie fonctionnelle et l'OEMD c'est un complément qui se rajoute au SMAF. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)*

[9] A noter qu'il est possible de renseigner des commentaires dans chaque item du SMAF

« Je trouve que surtout l'OEMD est un bon complément au SMAF. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

3.3.4. Conséquence sur les pratiques

La première conséquence de cette distinction de l'outil en deux parties est l'utilisation automatique et systématique de la partie SMAF à l'instar de l'OEMD.

« Le SMAF est super facile à utiliser, je dis pas que dans le quotidien on se pose pas de questions mais comme ça, au premier abord... on se l'approprie rapidement. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Il arrive parfois que la partie OEMD soit totalement inutilisée car trop poussée et trop fastidieuse. Les évaluations des autres professionnels paraissent suffisantes au gestionnaire de cas pour mettre en place un plan de services individualisé.

« Par rapport à l'OEMD, je ne m'y réfère pas, dans le sens où on a tellement de supports aujourd'hui dans nos dossiers, puisqu'on s'est fait une trame dans nos dossiers papiers, on a une partie « fiche d'identification » qui répertorie beaucoup de choses, l'état civil, les services alloués au domicile, il y a déjà tout un tas d'infos qui peuvent être transcrites là-dedans. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Enfin, il est important de noter qu'un petit nombre de gestionnaires de cas refusent simplement d'utiliser la partie OEMD parce qu'ils n'ont pas reçu de formation et ne savent comment l'utiliser. En effet, lorsque l'évaluation ne comporte que le SMAF, elle ne porte que sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle ; ce qui est un élément déterminant pour la planification des services mais ne peut être regardé comme pleinement multidimensionnel au sens où le Plan National Alzheimer l'entend (biologique, psychologique, fonctionnel, social et environnemental).

4. Pratiques liées à l'OEMD-SMAF

4.1. Remplissage de l'outil

4.1.1. Un remplissage conséquent et exhaustif

Les professionnels affirment que le remplissage de l'outil est long et exhaustif, en précisant que seule la partie « OEMD » l'est. Ils qualifient ainsi l'outil global comme étant « lourd », bien que la partie « SMAF » soit simple et rapide à renseigner.

« La lourdeur, le côté « remplissage ». » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Le terme « remplissage » ainsi utilisé recouvre une connotation négative. L'outil nécessite un investissement important sans parfois en voir un réel bénéfice.

4.1.2. Pratiques diverses

4.1.2.1. Le SMAF

Le SMAF est utilisé prioritairement dans l'évaluation. L'autonomie fonctionnelle apparaît comme une bonne entrée en matière sur la vie quotidienne et il est facile pour les professionnels de compléter le SMAF bien avant l'OEMD.

Certains professionnels s'autorisent à mettre en place le plan de services individualisé après avoir complété le SMAF et avant même d'avoir complété l'OEMD.

4.1.2.2. Des professionnels qui tendent à remplir l'ensemble de l'outil

Même si certains professionnels refusent de compléter la partie OEMD de l'OEMD SMAF, la majorité des professionnels tendent à remplir l'outil dans son ensemble. Cette pratique est progressive et l'OEMD est de plus en plus « apprécié ».

« Avant c'était de côté, je disais ça c'est même pas la peine. Maintenant je m'en sers mais je suis sure que je n'exploite pas tout que pourrait m'apporter l'OEMD. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)
« Au départ j'avais un dégoût pour l'OEMD. C'est presque le mot, c'est assez fort. Je ne comprenais pas qu'on me demande s'ils mangent des yaourts. Donc je trouve que l'OEMD est assez mal fait pour l'utilisation que l'on en a nous. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Ils restent cependant des items qui ne sont pas abordés volontairement.

4.1.2.3. Les thèmes non renseignés

« Sexualité », « croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles » sont les items qui ne sont globalement pas renseignés. La consommation d'alcool et celle du tabac sont aussi non renseignées mais dans des proportions beaucoup moindres.

« Ce n'est pas quelque chose que je pense à demander, je ne sais pas si ça se demande. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Les professionnels expliquent qu'ils refusent de renseigner ces items parce qu'ils relèvent trop de l'intime et de l'intrusion. Ils refusent donc de les aborder mais davantage parce qu'ils sont gênés d'en parler. Ils attendent alors que l'usager en parle de lui-même en prétextant que si l'usager possède des troubles ou bien des problèmes liés à l'alcool, au tabac ou à la sexualité, il les abordera automatiquement avec le gestionnaire de cas.

« La sexualité ce n'est pas évident à aborder. Si l'usager amène des éléments on peut toujours rebondir dessus. Mais non ce n'est pas facile à aborder comme ça. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

« Il y en a qui viennent d'eux-mêmes, j'ai même pas besoin de leur poser la question. Par exemple, « croyances », c'est pas quelque chose que je vais aller questionner, si ça vient, je vais le noter, mais c'est pas un truc que je vais aller chercher. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« je l'ai abordé une seule fois, à la porte du garage en partant, c'est le monsieur qui me l'a balancé là, il a dit « toute façon, ma femme ça se passe pas bien au lit, moi j'en ai marre », il m'a quand même dit ça, « vous voyez les besoins d'un homme, vous voyez ce que je veux dire », il m'a dit ça comme ça, de manière très brutale, à la fin de l'entretien, Madame était restée en haut, il m'a dit à la porte du garage, j'ai pas trop su quoi en faire, c'est pas quelque chose qu'on aborde facilement. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

Les professionnels ne négligent pourtant pas la pertinence de ces items.

« Ces deux thèmes font bien parler. C'est important qu'ils soient dans l'OEMD car ils ne sont pas à négliger. Dans certaines situations ne sont pas des choses qui ressortent vraiment, ce n'est pas le problème de la situation, le besoin de la situation. Par contre pour d'autres situations, c'est le problème de la situation et c'est quand même des choses très intimes et très importantes pour chacun d'entre nous. Donc c'est important qu'ils y soient mais c'est aussi du cas par cas. (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

Certains professionnels abordent toutefois ces items de manière naturelle avec l'usager mais ne notent pas nécessairement toutes les indications dans l'OEMD-SMAF par respect de l'intimité de l'usager.

« Je ne l'ai pas noté comme viol. Je l'ai noté comme agression sexuelle. Ce n'est pas la même chose. » (Gestionnaire de cas, secteur autre, OEMD-SMAF)

4.1.3. Le délai de remplissage de l'outil

Globalement les professionnels remplissent l'OEMD-SMAF rapidement après une visite au domicile de l'usager. Pour d'autres qui sont contraints par leur temps de transport dû aux distances à parcourir sur tout un département, le remplissage se fait plusieurs heures voire plusieurs jours après la visite au domicile. Ce délai de remplissage perçu au début comme une perte de temps est désormais perçu comme un avantage. Il permet en effet aux professionnels de prendre du recul sur la situation et d'avoir un regard plus objectif sur la situation de l'usager et les différents discours des partenaires et aidants.

« c'est qu'en fait, si je dors dessus plusieurs nuits, il y a d'autres choses qui vont… au début je me disais « tu vas oublier tout ce qui s'est passé », mais les choses importantes, je les note quand même, par contre, quand je prend du recul, j'ai une autre analyse de la situation, si j'y vais tête baissée, allez tu vas mettre tout par écrit, mon sentiment tout de suite, je me rend compte la plupart du temps, qu'en fait c'est faussé. Donc avec un petit peu plus de recul, j'analyse la situation autrement, donc j'en ai besoin de ce temps, c'est ma manière. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« Je n'aime pas le faire sur le coup. J'ai besoin d'intégrer les informations pour après les retranscrire sur papiers donc, c'est souvent le lendemain, ou le sur lendemain qu'on finit de compléter la grille et qu'on arrive à émettre nos plans d'aides aussi en fonction de ce qui est pertinent à mettre en place, ce que nous on évalue à mettre en œuvre le plus rapidement possible. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

4.2. Synthèse

4.2.1. Une pratique généralisée

La réalisation de la synthèse de l'OEMD-SMAF est une pratique plutôt généralisée. Cependant, les pratiques ne sont pas homogènes et chacun pratique selon ses convictions.

Certains réalisent des « mini-synthèses » après chaque visite au domicile, permettant de réaliser la « vraie synthèse » en fin d'évaluation.

« A la fin des visites, je remets mes notes au clair et ca m'aide pour constituer la synthèse finale. Je ne les ai pas encore tous réalisés pour tous mes suivis. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

D'autres préfèrent rédiger la synthèse sur un support libre (papier vierge ou document informatique), plutôt que de la rédiger sur le volet synthèse de l'OEMD-SMAF.

« Je ne les écris pas là. Je les écris sur un document à côté. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Globalement, les gestionnaires de cas réalisent la synthèse de la situation environ en une heure, mais les durées peuvent varier en fonction des situations.

« Lorsque je fais un SMAF-OEMD, il me faut bien une heure, une heure et demi. Et la synthèse je ne la fais pas dans la foulée. Je la fais après, je me reprends une heure ou deux. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Dans le fond, les pratiques sont diverses, les professionnels confondent généralement la synthèse et le Plan de Services Individualisé. En ce sens, ils inscrivent dans la synthèse à la fois le résumé de la situation de la personne mais aussi les interventions à mettre en place.

« En fait la synthèse, je remplis pas tout bien, en fait, je fais surtout les problèmes prioritaires, parce que comme c'est un travail un peu de longue haleine, pour pas avoir à aller rechercher à chaque fois toutes ces informations, en fait, je prépare un peu le PSI, c'est une préparation du PSI, j'écris les problématiques que j'ai identifiées. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« Je pose d'abord les besoins et après les réponses. Je mets besoin-réponse ; besoin-réponse ; besoin-réponse. Mais c'est très personnel. Mes collègues ne font pas comme ça mais c'est propre à chacun tant qu'on nous impose pas un truc standardisé je ferais comme ça. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

4.2.2. Des synthèses non réalisées

Le nombre de gestionnaires de cas qui ne réalise pas de synthèse est non négligeable. Ces professionnels ne rédigent pas de synthèse de la situation des usagers par manque de temps.

« Pas encore parce que je n'ai pas le temps de faire ça. J'aimerais vraiment bien pouvoir le faire, je pense que j'aurais une meilleure visibilité de la situation. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Là tout de suite je manque de temps. Il y des moments, je perds un peu pied. » (Gestionnaire de cas, autre secteur, OEMD-SMAF)

D'autres professionnels estiment qu'il n'est pas nécessaire de réaliser de synthèse car ils « ont en tête » les situations.

4.3. La réévaluation, pratique encore marginale

Très peu de réévaluations de situation d'usagers ont été faites par les professionnels. Il ne semble pas que cela soit une priorité dans l'activité du gestionnaire de cas.

« Non, mais il y a des situations pour lesquelles je vais être amenée à le faire : des situations qui se dégradent plus ou moins. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

Parmi les réévaluations faites, les professionnels ont pour la plupart réévalué la situation de l'usager par le biais du SMAF. La praticité de l'évaluation standardisée permet au professionnel de réévaluer simplement et rapidement la situation de l'usager et notamment de rendre compte d'une évolution de la situation de l'usager au regard de son autonomie fonctionnelle. Il parait vraisemblable par ailleurs que la partie autonomie fonctionnelle soit la partie la plus variable dans l'évaluation multidimensionnelle.

« J'ai des difficultés avec l'OEMD. Je n'en fais pas deux, je n'en fais qu'un que je fais évoluer. Le SMAF, je peux en faire plusieurs. Je n'arrive pas à m'arrêter sur l'OEMD. Il est rarement complet. Jusqu'à présent, je n'en ai jamais rempli un en entier. Ce n'est jamais arrivé encore. J'ai sans arrêt des trucs à aller remettre, à remplir. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

La partie OEMD étant considérée comme un « récit de vie », il est difficile pour les professionnels de le terminer et donc de l'utiliser comme support de réévaluation.

La réévaluation par l'OEMD manque encore de cadre pour les professionnels. Ils ne savent comment faire concrètement pour réévaluer les items abordés par l'OEMD.

« L'OEMD, je sais qu'on est censé pouvoir en faire plusieurs, parce que la situation change, mais ça, je n'ai pas encore identifié à quel moment j'estimais que je pouvais passer à une autre évaluation. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Il apparaît que le support papier de la partie OEMD, de part son utilisation, soit un frein à la réévaluation, contrairement au support informatique de la partie SMAF.

« Insérer d'autres feuilles ou je ne sais pas. Parfois, j'utilise des codes couleur, parfois, il y a une nouvelle maladie qui apparaît et je vais changer de couleur, montrer que je l'ai appris à une date ultérieure, pas lors de la première. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

5. Difficultés liées à l'outil

Les professionnels rencontrent diverses difficultés dans l'utilisation de l'OEMD-SMAF.

5.1. Lourdeur dans le remplissage de l'outil

La lourdeur de l'outil est présentée comme l'inconvénient principal de l'outil. Lourdeur d'une part dans le support, d'autre part dans l'évaluation elle-même et surtout lourdeur dans le remplissage de la partie OEMD de l'outil. Le terme lourdeur induit une charge de travail et un investissement importants.

« L'OEMD je l'avais laissé un peu de côté parce que je le trouvais très lourd et je le trouve pas toujours pratique en fait dans son utilisation, j'ai beaucoup de mal à m'y mettre dedans. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« C'est le côté lourd du truc. Si on avait un logiciel qui nous permette de rentrer ce serait mieux. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

5.2. Données manquantes

Certains professionnels se plaignent d'un manque de données importantes et nécessaires pour l'accompagnement des personnes âgées au domicile, notamment dans la partie OEMD.

Tout d'abord, le rapport à l'aidant et notamment le vécu du conjoint ou de l'aidant par rapport à la situation de l'usager.

« Moi ce qui me manque beaucoup c'est tout le vécu du conjoint, par exemple, ou de l'aidant, parce que là il y a des choses qui sont mises en exergue qui sont intéressantes. Comment tout ça c'est vécu par l'aidant, c'est vrai que ça manque un petit peu et que c'est capital dans l'accompagnement. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

Pour d'autres professionnels, notamment issus du secteur sanitaire, c'est davantage les dates de prescriptions des médicaments qui manquent. Ils estiment qu'il est important de connaitre ce renseignement pour comprendre l'évolution du traitement.

« En fait, je trouve que dans la case « traitement », je pense que ça pourrait être bien qu'il y ait la date de prescription du médicament, ou l'année, par exemple, l'ARICEP ce genre de choses, au début, on commence avec des petites doses et après on les augmente et c'est important qu'on ait la date de début, pour s'assurer que l'augmentation a bien été faite. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

5.3. Remaniements

Pour pallier à d'autres manques, certains professionnels ont remanié la partie OEMD dans sa forme dans le but d'une meilleure praticité. Seules des modifications de forme ont été faites.

> *« Ce sont des modifications très simples et qui ne modifient pas l'outil dans le fond. C'est juste sur la forme dans la présentation. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)*

La page de garde a été modifiée pour permettre de rendre compte directement des informations simples et indispensables de l'usager.

> *« Il y a la première page aussi où on a nom, adresse, contact, numéro de téléphone, qui a fait l'évaluation » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

Une feuille a aussi été rajoutée récapitulant l'ensemble des coordonnées des aidants et partenaires intervenants dans l'accompagnement de l'usager.

> *« C'est juste là pour qu'il y ait tous les numéros du contact utiles, derrière la page, pour qu'on puisse les avoir tout de suite, question pratique. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

6. Qualités de l'outil

Les professionnels ont pu mettre en avant certaines qualités de l'outil concernant les besoins et les risques encourus par l'usager ainsi que le lien entre l'outil et le plan de services individualisé.

6.1. Rend compte des besoins de l'usager

Les gestionnaires de cas estiment que l'outil SMAF notamment permet de rendre compte des besoins des usagers et ce en termes de « capacités restantes ».

> *« C'est l'avantage de l'outil, ça permet de faire ressortir les besoins de la personne justement en fonction de ce qu'elle est en capacité de faire et de ne pas faire. On voit quelles sont ses capacités restantes. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

Le logiciel (e-SMAFII) fourni permet le groupement des informations issues du SMAF en groupe Iso-SMAF. Ces groupes sont des groupes iso-ressources classant les usagers dans des profils d'autonomie. Il existe quatorze profils prenant en compte l'autonomie fonctionnelle de la personne selon la réalisation des taches domestiques, les atteintes mentales, les atteintes d'autonomie fonctionnelle. Les gestionnaires de cas ne nous ont pas rapporté d'usage clinique de ces groupes.

6.2. Rend compte des risques encourus par l'usager

L'outil offre l'opportunité au professionnel de prendre conscience des risques encourus par l'usager. La partie SMAF aborde les notions de « handicap » et de « stabilité » qui permettent de caractériser les capacités fonctionnelles de l'usager et ainsi de soulever un risque pour la situation de l'usager.

> *« Oui, ce qu'il y a de plus intéressant dans cet outil c'est la notion de handicap et de stabilité. Il nous permet de vraiment répertorier tous les éléments qui peuvent être un frein ou une difficulté dans le quotidien ou qui peuvent aussi anticiper une situation de rupture. » (Gestionnaire de cas, autre secteur, OEMD-SMAF)*

6.3. Facilite la réalisation du plan de services individualisé

La réalisation de la synthèse de l'outil ainsi que les profils ISO-SMAF sont deux supports indispensables à la réalisation du plan de services individualisé puisqu'ils mettent réellement en exergue besoins, risques encourus et services requis de l'usager.

> *« Avec le SMAF on trouve une grande utilité pour le PSI, c'est un support indispensable mais c'est récent, on a bien avancé avec le groupe par rapport au PSI. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

7. Coûts liés à l'utilisation de l'outil

7.1. Coûts financiers

Les données qui suivent sont issues des contrats de formation au SMAF et des contrats de droits d'utilisation du SMAF entre les MAIA et le CESS.

7.1.1. Frais initial d'acquisition du logiciel eSMAFII

Dans le cadre de l'expérimentation MAIA, le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS) a appliqué un tarif de 500 euros HT par site MAIA acquitté au CESS par chaque organisme « porteur » de projet MAIA. Ce qui constitue d'après le promoteur une réduction du coût « habituel » qui aurait dû être de 1000 euros hors taxes.

7.1.2. Droits de l'outil réinvestis dans la recherche et les études par le CESS

Il existe des droits d'utilisation de l'outil, frais d'abonnement annuel qui varient en fonction du nombre d'usager. Ces frais comprennent l'activation de la base de données pour la capacité

demandée, les mises à jour gratuites, l'assistance clinico-administrative à l'utilisation du logiciel et de l'outil SMAF et l'assistance technique.

Le détail des frais est le suivant.

- Pour 50 usagers : 1075 euros HT par an, soit 21,5 euros par usager
- Pour 100 usagers : 1450 euros HT par an, soit 14,5 euros par usager
- Pour 200 usagers : 1950 euros HT par an, soit 9,75 euros par usager
- Pour 300 usagers : 1800[10] euros HT par an, soit 6 euros par usager
- Pour 500 et plus : 3000 euros HT par an, soit 6 euros par usager

Le CESS utilisent ces frais pour les réinvestir dans la recherche appliquée au SMAF et à l'eSMAFII.

7.1.3. Coûts de formation

La formation qui s'organise sur quatre jours engendre divers coûts. Premièrement le coût formation à payer au CESS. Il est fixé à 400 euros HT par personne pour l'ensemble de la formation et pour un minimum de dix personnes. Dans le cas où il y aurait moins de dix personnes, le prix de la formation pourrait être majoré. Dans le cadre des MAIA où la situation est arrivée à plusieurs reprises, les coûts n'ont pas été majorés.

Pour bon nombre de sites MAIA, il a fallu ajouter à ces coûts de formation, les coûts de déplacement et de nuitées, étant donné que la formation se faisait à Paris. D'autres sites ont organisé la formation dans leurs locaux. Il n'est pas connu si les sites concernés ont payé les frais de déplacement du formateur.

7.1.4. Coûts matériels

Des ordinateurs sont nécessaires à l'utilisation du logiciel eSMAFII. Il faut donc équiper l'équipe d'ordinateur, d'une connexion internet pour être mis en relation avec les assistances ainsi que la mise en réseau des ordinateurs pour le partage et la centralisation des données.

Pour la partie OEMD, il est nécessaire d'imprimer les vingt feuilles de l'outil papier imposant son stockage sous armoires sécurisées.

7.2. Coûts humain

[10] Prix réalisé pour l'expérimentation MAIA

Dans le cadre de l'expérimentation MAIA, l'appropriation de l'OEMD-SMAF par les professionnels est assez longue (plus de 6 mois). On peut expliquer ce constat par le fait que ni la file active des professionnels ni la montée en charge des usagers n'ont pas été forte dès le début de leur activité. Rappelons qu'entre deux sessions de formation au SMAF, certains professionnels n'avaient réalisé qu'une ou deux évaluations et parfois incomplètes.

Quatrième partie : Réceptivité du RAI-Domicile

1. Présentation du RAI -Domicile

1.1. Historique

Le Resident Assessment Instrument (RAI) a été créé aux Etats-Unis en 1989 (Morris et al., 1990), suite à la demande de la Health Care Financing Adminitration (HCFA). Un groupe pluridisciplinaire de chercheurs et professionnels cliniques (médecins, gériatres, infirmière, psychiatre, etc.) a mis au point la démarche RAI après de multiples tests de validation. Le RAI devient alors l'outil référent dans l'ensemble des « nursing homes » aux Etats-Unis et est le seul outil à permettre l'accès aux remboursements Medicare et Medicaid ainsi qu'à l'accréditation des « nursing home ».

Progressivement, divers professionnels et chercheurs dans le domaine des maladies chroniques invalidantes de nationalités différentes s'intéressent à l'outil d'évaluation multidimensionnelle et s'associent pour former le réseau InterRAI qui élabore une version RAI-Domicile 2.0 en 2000 (Morris et al., 1997). Au sein du réseau se constitue un comité de développement d'outils, applicables dans de nombreux domaines d'intervention. Apparaissent ainsi une « suite InterRAI d'instruments ayant un tronc commun (soins de longue durée en institution et au domicile, soins de suite, soins en santé mentale en institution et ambulatoire, soins de gériatrie aigüe, soins palliatifs, outil de filtrage-orientation, soins pour déficience intellectuelle, pour sourds et aveugles) ce qui facilite le suivi des parcours de soin » [Gray, 2009].

Le RAI est aujourd'hui utilisé dans 27 pays (Etats-Unis, Australie, Belgique, Canada, Japon, Danemark, France, Allemagne, Italie, Norvège, Pays-Bas, etc.) et fait l'objet de nombreuses études et de plus de 450 publications scientifiques. On peut citer les études de fiabilité de la démarche RAI (Hawes et al., 1995), de validité des échelles de performances cognitives issues du RAI (Morris et al. 1994), d'utilisation de groupes iso-ressources en institution (Fries et al., 1994) et à domicile (Bjorkren et al. 2000), d'étude comparative des applications du RAI-Domicile au niveau européen (Henrard et al. 2006) et d'amélioration de la qualité des soins (Bernabei et al. 1998, Henrard et al. 2000, Landi 2001, Bos et a l. 2007).

1.2. Démarche et Objectifs

La démarche RAI est une méthode de travail destinée aux professionnels soignants pratiquant l'évaluation des situations des personnes notamment celles du grand âge, atteintes de morbidité chronique invalidante, éventuellement avec un épisode morbide aigu intercurrent et à la mise en œuvre des réponses adaptées.

Le RAI est une démarche en trois temps. Tout d'abord, les professionnels réalisent une évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire de la situation de la personne à partir du formulaire de recueil, qui est la partie « outil » du RAI, intitulé « minimum de données standardisées » (MDS). Ensuite, la synthèse de l'évaluation multidimensionnelle s'appuie sur un tableau d'alarmes permettant d'observer rapidement les besoins de la personne. Le tableau d'alarmes présente une vingtaine de problèmes les plus fréquemment rencontrées en gérontologie. Enfin, la troisième étape est l'aide à l'analyse de ces problèmes à partir de guides d'analyse, les GAD. On compte 20 à 25 GAD (selon le lieux de soin, Morris et al. 2010) qui ont pour fonction de guider la réflexion des professionnels sur les facteurs explicatifs des problèmes relevés par le tableau d'alarmes, et de proposer un certain nombre de recommandations d'intervention adaptées.

L'objectif de cette démarche est de guider les professionnels dans leurs pratiques permettant ainsi une possible amélioration de la qualité de soins apportés aux personnes nécessitant un accompagnement de longue durée. [Préface de la version française du manuel RAI-DOmicile, 2003]

1.3. Version utilisée de l'outil

C'est la version 9.1 du RAI-Domicile version (Morris et al. 2009) que les gestionnaires de cas utilisent dans le cadre des MAIA.

Le MDS du RAI Home Care se compose de 20 sections.

- Informations d'identification (état matrimonial, source de paiement, conditions de vie, etc.),
- Admission et historique initial (histoire résidentielle, langue usuelle),
- Cognition (facultés cognitives pour les décisions courantes, capacité de se souvenir, etc.),
- Communication et vision (capacité à comprendre les autres, audition, vision, etc.),
- Humeur et comportement (dépression, anxiété, comportement problématique, etc.),

- Bien-être psychosocial (relations sociales, solitude, évènements stressants, etc.),
- Etat fonctionnel (capacités pour les AIVQ, performance pour les AVQ, etc.)
- Continence,
- Diagnostics médicaux,
- Problèmes de santé (chute, fréquence d'un problème, fatigue, douleur, etc.),
- Etat nutritionnel, bucco-dentaire,
- Etat de la peau et des pieds,
- Médicaments,
- Traitements et programmes,
- Responsabilités, directives (responsable légal),
- Soutiens sociaux (aidants principaux, état des aidants, etc.),
- Evaluation de l'environnement (logement, environnement extérieur, etc.),
- Perspectives de sortie et état général,
- Sortie,
- Information sur l'évaluation.

2. Contextes d'utilisation du RAI -Domicile

2.1. Principales caractéristiques du site utilisant le RAI-Domicile

Un seul site MAIA utilise le RAI-Domicile. Ce site MAIA est porté par une association spécialisée dans la maladie d'Alzheimer. Cette association créée en 1991 a réalisé de nombreux travaux et recherches sur la maladie d'Alzheimer et a notamment essayé de mettre en place de la gestion de cas en relation avec un réseau gérontologique depuis 2008, et ce en utilisant la démarche RAI. Sur le territoire concerné par la MAIA, le réseau gérontologique a pendant deux ans réalisé un important travail de recherche de partenariat qui a facilité la mise en route de la MAIA et notamment de la gestion de cas. Le pilote du site MAIA insiste sur le fait que « c'est une MAIA qui est dans la continuité de la construction […] Dans une vraie logique de construction. »

Le site compte actuellement quatre professionnels dont trois gestionnaires de cas. Le pilote est un clinicien, deux gestionnaires de cas sont issus du secteur sanitaire et un est psychologue.

2.2. Choix de l'outil par le site

Le choix d'utilisation du RAI-Domicile est une continuité dans les pratiques antérieures des professionnels du réseau gérontologique. Le pilote du site n'envisageait pas de construire une MAIA sans la démarche RAI et plus particulièrement sans l'outil RAI-Domicile. Ce choix s'est donc fait « naturellement ».

2.3. Limite, un site MAIA concerné

Rappelons que le fait qu'un seul site utilise le RAI-Domicile dans le cadre des MAIA constitue une limite dans les données recueillies pour l'étude. Le faible nombre de professionnels interrogés et les conditions particulières d'utilisation de cet outil sur ce site (outil implanté avant l'expérimentation MAIA, pilote MAIA formateur à l'outil, un gestionnaire de cas déjà utilisateur de l'outil) ne nous permettent pas d'être représentatifs dans les résultats de ce que serait l'usage du RAI-Domicile en situation usuelle. Pour autant, il est important de prendre en compte l'analyse de ces données qui offre un premier aperçu de l'utilisation du RAI-Domicile dans le cadre des MAIA et de la gestion de cas.

3. Caractéristiques du RAI-Domicile

3.1. Guide de pratiques professionnelles

3.1.1. Trame d'évaluation

Comme les deux précédents outils, le RAI-Domicile est tout d'abord une trame d'évaluation. Il est une guidance dans l'évaluation, un cadre dans la pratique d'évaluation multidimensionnelle au domicile de la personne âgée.

3.1.2. Les GAD (Guides d'analyse standards), accompagnent les professionnels dans leurs pratiques

Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD) sont selon le promoteur de RAI-France, un ensemble « *de guide d'analyse qui reprend le problème, qui donne les buts généraux, qui reprend les signaux d'alarme et qui fait des recommandations.* » (Promoteur RAI-Domicile). Une fois le logiciel du RAI-Domicile complété, les GAD permettent de guider le professionnel dans la mise en place du plan de services individualisé de manière pertinente puisque les GAD sont sensibles aux comorbidités et prennent ainsi en compte les liens que peuvent avoir les indicateurs entre eux.

« C'est des recommandations aux cliniciens pour gérer un problème et comment avoir une attitude de prise en charge. Mais ce qui est important, et à mon avis c'est ce qui existe assez peu en dehors du groupe [InterRAI], c'est que comme les gens ont de nombreux problèmes, il y a des interrelations entre les problèmes. Par exemple, vous avez un problème de chute, ça va ouvrir sur d'autres problèmes : réduction des activités de la vie quotidienne, promotion de l'activité physique et éventuellement troubles cognitifs. Et ça c'est très important parce que les recommandations vont être liées les unes aux autres, » (Promoteur RAI-France)

3.2. Outil fin et précis

Les gestionnaires de cas caractérisent le RAI-Domicile comme un outil fin et précis. Le fait que l'outil demande des renseignements selon des modalités bien précises (modalités de temps (sous 3 jours, sous 3 mois, etc.), modalités de notation (toujours suivie d'une définition)), permet de cadrer le professionnel dans ses pratiques et lui demande une certaine rigueur dans le remplissage de l'outil.

« Par rapport aux AVQ, zéro c'est la personne qui est indépendante : « sans aucune préparation, sans supervision, sans assistance physique lors de tout l'épisode » donc lors de la réalisation de tout le truc. Bon, « indépendant, aide à la préparation seulement ». C'est tellement, justement, détaillé que l'on ne peut pas avoir quelque chose de plus juste que ça, je pense. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Selon les professionnels, la précision et la finesse de l'outil permettent de rendre compte de manière objective de la situation de la personne évaluée.

« Et ce qui moi me surprends, c'est à quel point l'outil est, est proche de la réalité. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

3.3. Donne une photographie de la situation de l'usager

Cette objectivation de la réalité que permet le RAI-Domicile rend alors compte, comme le souligne le pilote du site de la MAIA concerné, d'une « photographie de la situation de l'usager ». Plus qu'une photographie, la primo-évaluation qui évalue l'usager sous trois jours et la réévaluation permettent de dynamiser et de faire évoluer la photographie en quelque chose de mouvant dans le temps, comme un « film ».

« Si vous voyez bien, on a une échelle de temps dans l'évaluation. Au temps zéro, on est souvent amené à dire « depuis trois jours, qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce qui s'est passé ? », « depuis trois jours, vous ne faites plus vos courses, même si vous les faisiez

avant ». Donc on a ce côté un peu dynamique qui même au temps zéro, permet d'avoir une idée comparative. » (Pilote, RAI-Domicile)

« On n'a même pas qu'une photographie, on a presque un film. On est dans quelque chose de presque dynamique et pas de statique. » (Pilote, RAI-Domicile)

3.4. Outil multidimensionnel

Construit à partir de l'approche fonctionnelle des problèmes morbides, la démarche RAI a évolué, prenant en compte la nouvelle classification de l'Organisation Mondiale de la Santé basée désormais sur le fonctionnement humain et de la santé (CIF) dont elle constitue une application opérationnelle. [Berg., 2009]

L'intérêt principal de l'outil, pour les professionnels, est qu'il a un regard multidimensionnel sur la situation de la personne, un regard global et complet. C'est la première caractéristique que les professionnels mettent en avant pour définir le RAI-Domicile.

« Ce qui m'a plu c'est le panel d'information. J'ai l'impression que l'on balaie large aussi bien dans l'humeur, le comportement, toute la partie cognitive. Mais tout ce qui est autonomie fonctionnelle, il y a la douleur, comment elle est ressentie, comment elle est calmée. Sur la douleur c'est très important aussi. Je trouve qu'il balaie la personne à mon avis dans tous les axes de sa vie de tous les jours. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Donc c'est notre outil d'évaluation multidimensionnel, c'est un outil… global d'évaluation. C'est-à-dire qu'on voit un peu toutes les différentes dimensions de la personne dans son lieu de vie puisque c'est à domicile. (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

3.5. Evalue les conséquences des pathologies

La démarche du RAI-Domicile n'a pas pour objectif de réaliser un diagnostic sur la situation de la personne et plus particulièrement sur son état de santé. Il s'intéresse à centraliser les informations sur la situation de l'usager, à les croiser pour mettre en exergue les liens et les conséquences des difficultés de la situation de l'usager.

« Je ne fais pas le diagnostic. Ce que je vais voir ce sont les conséquences des problèmes de santé et des déficiences de la personne sur sa vie de tous les jours. Le RAI c'est la vie de tous les jours, ce sont les conditions de vie, ce sont les conséquences de ces pathologies, dans la vie quotidienne aussi bien dans le fonctionnel » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

3.6. Outil standardisé

Le RAI-Domicile est un outil standardisé. Il se présente sous la forme d'un « dossier d'observation », utilisant toutes les sources d'information : interrogatoire et observation de la personne aidée, entretien avec la famille et les soignants/aidants au contact direct, recours aux différents documents écrits (ordonnances, etc.). Les données recueillies se présentent sous forme de réponses fermées où chaque item doit être complété par une cotation spécifique. Par exemple, le « lieu de vie au moment de l'évaluation » est à renseigné selon un code allant de 1 à 14, ces codes étant une déclinaison des lieux possibles (habitation privée, foyer logement, petite unité pour personnes handicapées physiques, sans domicile fixe, etc.) ; ou bien concernant les troubles de mémoire, la cotation est bipolaire « 0 » dénote aucun trouble de la mémoire et « 1 » un problème de mémoire, et ce relativement à la mémoire à court terme, à la mémoire procédurale et à la capacité de se souvenir.

Cette standardisation est en lien direct avec la finesse et la précision de l'outil puisqu'il définit pour chaque item les modalités de cotation. Elle permet aussi de limiter les possibles interprétations propres à chaque professionnel en lissant les pratiques des professionnels issus de formations différentes.

3.7. Outil informatisé

La standardisation du RAI-Domicile facilite la mise sous informatique de l'outil. Le RAI-Domicile est donc informatisé, depuis l'outil de filtrage-orientation jusqu'à la synthèse de l'évaluation complète. Le support informatique compile les données standardisées de l'outil et permet ensuite d'en tirer des alertes, liées aux comorbidités (dénutrition, déshydratation, chutes, etc.), de réaliser une brève synthèse de la situation et enfin de proposer des possibilités d'intervention à travers les guides d'alertes (GAD). Des indicateurs de santé synthétiques facilitent le suivi fonctionnel lors des évaluations répétées. Le logiciel de l'outil permet aussi de rendre compte du groupe iso-ressources auquel appartient l'usager. Les gestionnaires de cas s'appuient sur le RAI-Domicile pour obtenir les GIR et les communiquer aux équipes APA concernées. (Voir partie 6.4 Compatibilité du RAI-Domicile avec la grille AGGIR)

3.8. Exploitation des données engendrées par l'outil

La standardisation et l'informatisation de l'outil permet de rendre compte d'une base de données statistiques engendrées par la réalisation des évaluations. Au niveau de

l'expérimentation, le pilote du site communique à la CNSA des données statistiques concernant l'activité de gestion de cas mais aussi le portrait d'usager sur le territoire donné relativement à la fonction observation.

> *« On a les fenêtres statistiques et vous êtes relié à un tableau Excel. […] Vous avez toute la liste d'items qui défile, qui est numérotée, chiffrée et alphabétisée, pour certains. Donc vous dites, vous choisissez l'item et hop il vous sort le pourcentage. Par exemple, je vous dis n'importe quoi, s'il veut savoir item 2 machin, c'est « troubles de la mémoire », je veux savoir combien de personnes dans mon fichier, parce qu'au fur et à mesure, moi, je synchronise toutes les évaluations sur un serveur central, et derrière, il y a une analyse qui peut être automatisée du coup, donc j'arrive à me faire des profils. » (Pilote, RAI-Domicile)*

Le pilote communique aussi à un second niveau, celui du Conseil Général des données plus spécifiques concernant les groupes iso-ressources des usagers. Même si cette pratique est encore timide et concerne des données annexes à l'évaluation multidimensionnelle, le pilote tend à user des données engendrées par l'outil. Mené à bien, l'outil pourrait rendre compte de données en santé publique.

> *« Moi ça me permet quand même quand je vais au Conseil général de leur dire « tiens voilà les profils… combien il y a de GIR 1, combien il y a de GIR 2… » Mais c'est vrai que ça pourrait aller beaucoup plus loin que ça, ça pourrait même servir la recherche. » (Pilote, RAI-Domicile)*

4. Pratiques liées au RAI-Domicile

4.1. Remplissage de l'outil

4.1.1. Obligation de remplir l'ensemble des items

La version informatique du RAI-Domicile oblige les professionnels à remplir de manière complète chaque section de l'outil. Sans cela, le logiciel de l'outil ne peut pas faire le lien entre les différents domaines et ne peux donc proposer ni d'alertes, ni de groupe iso-ressources, ni de guides d'analyse appropriés à la situation de l'usager.

4.1.2. Temps de remplissage jugé « non problématique »

L'évaluation s'intéressant à l'état de santé de l'usager ainsi qu'à son état fonctionnel et social dans un laps de temps de trois jours, les professionnels se doivent de remplir l'outil dans les trois jours. De plus, les professionnels affirment nécessiter de une à deux visites au domicile de

l'usager pour remplir l'outil en plus des échanges avec les partenaires intervenants auprès de ce même usager.

> *« En général on fait une évaluation dès la première rencontre, une évaluation générale, mais suivant le contexte, on peut peut-être le faire en deux fois ou… Parce qu'il va nous manquer des informations, parce que la personne si on est dans une situation avec refus de soins où la personne n'a pas du tout conscience de ses troubles, par exemple. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)*

En termes de remplissage réel de l'outil, « entre une heure et heure et demi » semble nécessaire pour les gestionnaires de cas pour compléter le logiciel informatique de l'outil.

4.2. Synthèse

La synthèse est un moment transitoire entre l'évaluation et la mise en place du plan de services individualisé. Le RAI-Domicile dans sa version informatique offre aux professionnels des fonctions et des indicateurs facilitant grandement la mise en place du plan d'intervention.

4.2.1. Le logiciel rend compte d'une synthèse

Dans un premier temps, le logiciel du RAI-Domicile donne automatiquement une synthèse en fin d'évaluation. Cette synthèse met en exergue les points saillants de la situation de l'usager.

Pour autant certains professionnels ne sont pas entièrement satisfaits de cette synthèse qui leur paraît incomplète. Les gestionnaires de cas rédigent alors une synthèse sur un autre support reprenant les thèmes de la synthèse faite par l'outil en les illustrant avec les spécificités de la situation de l'usager.

> *« Je dirais que ça [la synthèse fournie par le logiciel de l'outil] peut être suffisant mais après il y a ce que moi j'ai, ce que je vais noter par rapport à des petites choses… Parce que, par exemple, les alertes, quand on connait l'outil après ça va mais, par exemple, le risque de maltraitance, ça veut tout dire et rien dire. Donc moi, je vais un petit peu plus loin, je fais une espèce de synthèse écrite, que je tape moi, sur un truc, voilà, où je fais un rappel de la situation. Ce que j'appelle « rappel de la situation ». ». (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)*

Il est important pour le professionnel de toujours recontextualiser les conclusions données par la synthèse du logiciel de l'outil.

4.2.2. Les alertes fournies par le logiciel

Ensuite, l'outil informatique du RAI-Domicile permet de faire ressortir des alertes liées à la situation de l'usager. Les alertes renseignent le type de risque (dénutrition, déshydratation, isolement, chute, etc.) ainsi que l'importance du risque.

« Bon, déjà l'outil permet d'avoir une synthèse puisqu'il nous offre un tableau d'alarmes en fait, avec des signes, voilà des signes d'alarmes, ça porte bien son nom : ce qu'il met en avant au niveau de l'évaluation et ce qui ressort, et sur quoi il faut peut-être prioriser notre action. (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Les alertes vont alors permettre aux professionnels de compléter leur synthèse

« C'est au travers à la fois des alarmes qu'on va pouvoir créer notre synthèse. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

En plus de compléter la synthèse les alertes permettent de prioriser les axes d'intervention du plan de services individualisé.

« Déjà en fonction des alarmes, vous avez déjà un peu la problématique qui apparaît. Par exemple, ça ce sont des alarmes qui sortent. Au niveau de la cognition, elle a un problème de surveillance, améliorer la communication…déjà vous avez des éléments qui vous orientent, risque modéré de dépression, risque de dénutrition. Vous avez déjà les grandes lignes. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Le RAI-Domicile permet donc de faciliter la réalisation de la synthèse de la situation de l'usager évaluée dans les trois jours. Il facilite aussi la mise en place du plan de services individualisé grâce notamment aux alertes qui hiérarchisent les interventions à mettre en place dans le plan de services individualisé qui de ce fait permettra un accompagnement plus pertinent.

4.3. Réévaluation partiellement faite

A ce stade de l'expérimentation, la réévaluation est une pratique encore timide. Seulement quelques réévaluations ont été faites.

« Non. Moi, non. Je l'ai fait en tant qu'observatrice. Mais ce n'est pas moi qui ai mené la réévaluation. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Le cadre de la réévaluation est défini avec une fréquence de trois mois voire six mois. Les professionnels actuellement réévaluent essentiellement lors d'une modification de la situation d'un usager.

« Donc c'est tous les trois mois, ou six mois en fonction des, en théorie c'est ça. Et puis après, il y a le pratico-pratique où dès que nécessaire, s'il y a le moindre changement dans l'état de santé, une hospitalisation n'importe quoi, il y a réévaluation. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Si ça nécessite, s'il y a eu entre temps un problème particulier, il y aura des réévaluations. Mais c'est en fonction de l'état de la personne quand on va arriver. Il y a un suivi, donc s'il y a une hospitalisation, on va aller la voir à l'hôpital, on va aller voir les médecins et on va voir l'évolution. Après c'est vrai on réévaluera au domicile. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

5. Difficultés liées à l'outil

Le discours des professionnels ne traduit pas de réelles difficultés d'utilisation de l'outil mais davantage des mises en garde à prendre en considération pour un bon usage du RAI-Domicile.

5.1. Nécessité d'être vigilant aux intitulés des items

Il faut tout d'abord rester vigilant par rapport aux intitulés des items de l'outil. Certains professionnels ont été confrontés à des alertes illogiques dans la synthèse de l'outil informatique. Ceci leur a fait prendre conscience que certains items étaient mal rempli car mal compris.

« Au départ oui mais c'est parce que je pense que l'on remplissait mal. Au départ, c'était sur la déshydratation et on avait mal lu, on ne comprenait jamais pourquoi celui la ressortait. On se demandait mais « qu'est-ce que c'est ? ». C'était la formulation que l'on avait mal interprété et donc on répond l'inverse à chaque fois et c'est pour ça qu'on se demandait mais pourquoi il y a ca. C'était sur les apports et les sortis mais on l'avait interprété à l'envers. Mais en lisant bien, on s'est rendu compte qu'on avait mal compris. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Surtout au début, au niveau de l'utilisation, y a des items où en fait, d'un coup, je trouvais qu'il y avait plusieurs interprétations possibles. Donc c'est en ça où je dis qu'il faut vraiment bien se l'approprier pour que ce soit représentatif. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Une attention particulière est donc de rigueur pour utiliser le RAI-Domicile. Les gestionnaires de cas justifie cette idée par le fait que les diverses échelles de cotation sont à appréhender différemment et qu'elles sont propres à des items bien précis. Il est donc nécessaire de bien lire les instructions avant de compléter l'item.

« De bien lire la formulation des questions avant et de bien regarder les nuances. Parce que d'un domaine à l'autre et même d'un item à l'autre, ça peut être dans les 3 derniers jours, ca peut être dans les 90 derniers jours. C'est très précis et je pense qu'il ne faut pas le remplir rapidement. Il faut prendre le temps à chaque fois. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Certains gestionnaires de cas s'orientent donc directement vers les intervenants appropriés pour cerner au mieux chacun des items.

« Ne pas hésiter, en fait, à dans le doute sur certaines questions, à interroger que ce soit un professionnel si c'est vraiment une question parce qu'on n'a pas les compétences pour pouvoir y répondre. Ça peut arriver aussi. Oui, on en a parlé entre le côté médical… Voilà ne pas hésiter, effectivement, à interroger, à réinterroger pour avoir plusieurs regards » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

6. Qualités de l'outil

6.1. Rend compte des besoins de l'usager

Le caractère multidimensionnel du RAI-Domicile permet d'aborder la situation de l'usager dans sa globalité et de mettre en exergue ses besoins.

« C'est en fonction de [l'outil] que je vais déceler les carences, les besoins aussi bien les ressources. En fonction je pourrai faire des propositions et voir ce qu'il y a à mettre en place. C'est indispensable. Je ne pourrai pas faire autrement. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

6.2. Rend compte des comorbidités

L'évaluation aborde aussi directement les comorbidités, que ce soit lors de l'évaluation mais aussi lors des alertes de situations à risque.

« Suite à toutes ces questions qu'on a par rapport aux chutes, aux différents signes qu'on peut repérer. En général, c'est ce qui va me permettre de demander, par exemple, un autre avis parce que moi, je ne vais pas pouvoir les interpréter. Tout simplement parce que je n'ai pas la formation médicale, ce que je vous disais un peu au début. Mais justement, ils vont m'alerter et c'est ce qui fait que je vais solliciter, à ce niveau-là, un professionnel. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

6.3. Les alertes

6.3.1. Rendent compte des risques encourus par l'usager

Les alertes possèdent un rôle important dans l'évaluation. Par définition les alertes permettent de signaler une situation à risque. L'outil permet donc de prévenir le professionnel de la nature du risque et de son importance.

« Donc le risque zéro, il n'y est pas, je pense qu'il faut mesurer les risques, ça fait partie de notre travail, de ce qu'on attend de nous. Maintenant, je pense qu'effectivement, le RAI nous permet d'en avoir conscience. Et de faire en sorte qu'on les limite.» (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

6.3.2. Priorisent les interventions

On a pu aussi remarquer préalablement que les alertes ont la capacité de prioriser les interventions des partenaires pour améliorer la qualité de services apportés aux usagers.

6.4. Le RAI-Domicile est compatible avec la grille AGGIR

Toute une partie des travaux de recherche de RAI-France a été de rendre le RAI-Domicile compatible à la grille AGGIR, outil référentiel permettant l'obtention de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

« Dans tous les cas, la grille AGGIR est contenue dans le RAI. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Les items du RAI-Domicile correspondant aux items de la grille AGGIR ont été repris pour que le logiciel de l'outil puisse calculer automatiquement le groupe iso-ressource approprié à la situation évaluée. Un étude de reproductibilité a été menée et conclut que cette compatibilité était pertinente.

« On l'a d'ailleurs testé ici, alors pour la version 2.0 on avait testé AGGIR et le RAI, oui, sur cent personnes. Et on a eu une reproductibilité à quatre-vingt-cinq pour cent. » (Promoteur, RAI-Domicile)

Cette compatibilité permet au site MAIA de communiquer avec les évaluateurs APA du Conseil Général les écarts de résultats. Dans un cas où le GIR issu du RAI-Domicile serait différent du GIR obtenu grâce à la grille AGGIR, les gestionnaires de cas partagent directement l'évaluation avec les médecins qui généralement modifient leur évaluation APA.

« Quand elles (Assistantes sociales APA) nous signalent une situation, bien sûr qu'elle sont curieuses de savoir si c'est pareil, pas pareil. Ou comment organiser au mieux en fonction des besoins parce que ça aussi, le problème c'est que le GIR donne, en fait, un nombre

d'heures que les personnes ont déterminé dont ils peuvent bénéficier avec une participation de leur part etc. Et elles veulent savoir si c'est suffisant, pas suffisant etc., » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

7. Coûts liés à l'utilisation de l'outil

7.1. Coûts financiers

Les coûts financiers sont divers et se dispersent entre droits d'usage de l'outil, formation, adhésion à l'association France-RAI. Ces frais ont pour principal but d'être réinvestis dans la recherche et les études liées à l'outil et la démarche RAI.

7.1.1. Droits de l'outil et mise en réseau avec le serveur central

La démarche RAI-Domicile est payante en cas d'utilisation informatique. Cette démarche ne se limite pas à l'outil d'évaluation multidimensionnelle mais à l'ensemble de la démarche, à savoir l'outil de filtrage, l'outil d'orientation et l'outil d'évaluation multidimensionnelle. Les droits d'utilisation de ces outils sont organisés sous forme de forfait, incluant la mise en réseau avec le serveur central :

- Utilisation du MDS : de 600 euros pour 60 personnes et moins jusqu'à 1800 euros pour 200 personnes + 5 euros par personne supplémentaire au-delà, par an
- Utilisation du filtrage + Orientation + MDS : de 800 euros pour 60 personnes et moins jusqu'à 2400 + 7,5 euros par personne supplémentaire pour plus de 200 personnes, par an.

Les prix sont dégressifs d'une année sur l'autre.

7.1.2. Coûts d'adhésion à France-RAI

Toute structure utilisatrice de la démarche RAI doit payer une cotisation à l'association France-RAI de cinquante euros, une seule fois.

7.1.3. Coûts de formation

Les coûts de formation, qui se déroule sur site sur trois jours, sont de 300 euros par personne pour un groupe de 10 à 12 personnes auxquels s'ajoutent les frais de déplacements du formateur.

7.1.4. Coût matériel

La structure doit ainsi se doter d'ordinateur et d'une connexion internet. A noter qu'il n'existe pas de nombre limité d'installation de l'outil ou de la démarche.

7.2. Coûts humains

Dans le cadre de la MAIA, les gestionnaires de cas ont suivi une formation théorique puis ont commencé une phase d'observation en suivant un collègue déjà formé à l'outil lors d'évaluations au domicile d'un usager. Cette période d'apprentissage possède un coût en termes de salaire et de non pratique du gestionnaire en formation.

Cinquième partie : Résultats transversaux

Dans cette cinquième partie, il s'agit de décrire les résultats transversaux aux trois outils. Ces résultats abordent divers points saillants présents lors du processus d'évaluation liés aux pratiques professionnelles, au dispositif MAIA et au mode expérimental, ainsi qu'à certaines caractéristiques des outils perçues par les professionnels.

1. Influence des formations initiales dans les pratiques d'évaluation

Rencontrée chez l'ensemble des gestionnaires de cas, l'influence de leurs formations initiales est fortement présente dans leur appréhension et leurs pratiques d'évaluation multidimensionnelle. Les professionnels issus du secteur social se distinguent des autres professionnels issus des secteurs de la santé et de la psychologie.

1.1. Professionnels pas forcément à l'aise avec l'outil

Un bon nombre des professionnels a avoué ne pas se sentir à l'aise avec l'outil qu'ils utilisaient. Nouvelle méthode de travail, nouvelle pratique mais aussi nouvelle façon de considérer l'usager, l'outil d'évaluation multidimensionnelle impose aux professionnels de penser leur mission et de repenser leurs pratiques antérieures. Certains professionnels ont été recrutés en cours d'expérimentation, lorsque la formation au diplôme universitaire de coordonnateur de santé en gériatrie avait déjà débuté. Les cours manqués se répercutent directement sur leurs pratiques, laissant les professionnels dans le flou et la méconnaissance de certains aspects primordiaux de l'évaluation multidimensionnelle.

> *« On n'a pas assisté au premier module qui est quand même l'élément principal clef du gestionnaire de cas, dans lequel on parle de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il y a toute cette partie médicale que nous on n'a pas abordée, car on a pris le train en cours. Pour moi j'ai une lacune aujourd'hui, on a démarré en janvier et on a loupé ce module là qui est quand même élément principal dans la connaissance de la partie médicale. Donc je pense que si j'avais peut être eu ce premier module dés le départ je n'aurais pas bloqué sur le GEVA comme j'ai bloqué pendant un moment. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

1.2. Infirmiers et psychologues

Les gestionnaires issus de formations sanitaire et psychologique rencontrent les mêmes difficultés dans l'utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle. Pour eux, c'est l'évaluation en elle-même qui est difficile car elle sort totalement de leurs pratiques préalables. Réalisant davantage des évaluations de diagnostic concernant par exemple la douleur ou les troubles cognitifs. Le corpus disciplinaire vient faire écran à cette connaissance partagée qu'est l'évaluation multidimensionnelle. En d'autres termes, ils ressentent un manque de savoir-faire concernant le recueil de données.

Les professionnels affirment qu'ils se sentent mal à l'aise avec le volet social de l'outil qu'ils utilisent.

> *« Il y a la partie médicale, que l'on arrive à avoir très rapidement, dés que l'on rencontre les médecins, dés qu'on a les informations à domicile. Et par rapport au réseau aussi, l'aspect économique est un peu plus difficile pour moi pour l'appréhender car je ne suis pas du tout dans le domaine social. Donc je suis un peu perdue, je vais un peu noter tout et n'importe quoi. Je ne sais pas trop ce qu'il faut prendre. (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)*

1.3. Travailleurs sociaux

Les gestionnaires de cas issus du secteur social rencontrent quant à eux des difficultés avec le volet sanitaire qui utilise un vocabulaire particulier ainsi qu'un panel de traitements et de médicaments inconnus pour ces professionnels.

> *« L'OEMD, là, il faut que j'arrive à sortir de ma pratique habituelle, où je suis bien avec mes questions et il faut que j'aille prendre celles où je vais peut-être un peu moins loin, c'est tout l'aspect médical, santé quand même, où, par rapport à la formation initiale, je suis un peu moins à l'aise, donc je vais pas penser à toutes les questions. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)*

> *« Donc je m'en suis peu servie au départ et j'ai fait un blocage dans le sens où il y avait une partie médicale très pointue et je ne voyais pas, en tant que travailleur social, je n'avais pas les compétences pour remplir cette partie là, j'ai estimé. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

> *« Non je n'arrive pas [à remplir les volets médical et psychologique], déficience 1, 2, 3 même avec le cahier des charges d'explication du GEVA, je ne le comprends toujours pas. Et même le médecin qui travaille au pôle senior il ne connaît pas le GEVA et il n'a pas approfondi non plus pour m'expliquer cette partie là. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)*

Certains de ces professionnels mal à l'aise avec le volet sanitaire, rencontrent aussi des difficultés pour aller chercher l'information auprès des médecins traitants. Ces derniers refusent en effet de communiquer des informations sur leurs clients à un professionnel issu du monde social. Ce manque de légitimité des gestionnaires de cas est un frein considérable dans la réalisation de l'évaluation multidimensionnelle. Même si la négociation avec les médecins traitant est longue, les gestionnaires de cas issus du secteur social persistent et progressent sensiblement.

> *« [Le médecin traitant] se demande qui on est, on n'est pas bien légitimé, il y a le secret professionnel, même le nom de la maladie, souvent, ils ont du mal à nous la donner. Il faut chaque fois s'expliquer. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)*

2. Adaptation des outils aux troubles cognitifs

Les discours des professionnels ont permis de mettre en avant la compatibilité des outils d'évaluation multidimensionnelle avec la population cible des personnes atteintes de troubles cognitifs.

*2.1. L'*OEMD-*SMAF et le RAI-Domicile adaptés aux personnes atteintes de troubles cognitifs*

L'OEMD-SMAF et le RAI-Domicile sont décrits par les professionnels qui les utilisent comme « adaptés aux personnes atteintes d'Alzheimer et troubles apparentés ». Que ce soit dans la manière d'évaluer ou bien dans les items abordés, les troubles cognitifs ne sont pas un frein à l'évaluation multidimensionnelle.

> *« Dans leur participation, ça reste intéressant. Parce que même, des fois, il y a des membres de la famille qui sont présents au moment de l'évaluation et qui disent « non, c'est pas vrai », quand la personne dit : « oui, je fais la cuisine. Etc. » Moi, je leur dis à chaque fois « j'interroge la personne, laissez faire ». Parce que ça me donne justement une indication sur où ils en sont de la maladie, voilà. Donc non, ce n'est pas un frein du tout. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)*

2.2. Le GEVA-A *encore trop tourné vers le handicap*

Les professionnels qui utilisent le GEVA-A sont moins enthousiastes et reprochent à l'outil d'être encore trop tourné vers le handicap plutôt que vers la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Les nombreux remaniements montrent que l'outil n'est pas encore adapté à la population cible.

« On a du le remanier parce qu'il était encore trop tourné vers les personnes handicapées. » (Pilote, secteur organisationnel, GEVA-A)

3. Adaptation du gestionnaire de cas

« Ca dépend » est le terme le plus récurrent dans les discours des professionnels. En ce sens, il induit la capacité d'adaptation des gestionnaires de cas qui s'ajustent le plus possible d'une part aux personnes atteintes de troubles cognitifs et d'autre part aux diversités des situations rencontrées. Ce terme ne semble pas trahir la logique de standardisation puisqu'il traduit les spécificités des situations et non des besoins qui peuvent eux être standardisés.

« Alors après ça dépend aussi, c'est aussi des cas particuliers parce que c'est toujours un peu différent. C'est la particularité de travailler avec l'humain, je pense, comme ça dans un contexte qui est à chaque fois différent. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« C'est dans ce sens que je me dis « à chaque situation, on adapte, rien n'est vraiment figé ». Il faut s'adapter à la personne, à la situation, à beaucoup de choses. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Des fois, j'ai beaucoup de choses qui me sont livrées lors du premier entretien et des fois il me faut 5 entretiens et j'essaie de leur tirer le fil tout doucement mais ça ne vient pas. Et peut être que je ne l'aurai jamais, ce n'est pas ça qui fait forcément avancer mais quand on a les données c'est plus facile. Donc tout dépend de la personne. » (Gestionnaire de cas, autre secteur, OEMD-SMAF)

« Il n'y a pas de façon particulière tout dépend du premier contact. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

4. La formation des professionnels

Avant d'aborder la formation à l'outil, il est important de s'attarder sur la formation qu'ont été obligé de suivre les gestionnaires de cas. Cette formation donne droit à un diplôme universitaire de coordonnateur de santé en gériatrie. La problématique de l'évaluation multidimensionnelle était principalement abordée durant le premier module (organisé en décembre 2009) et accompagnée de travaux dirigés fin avril 2010. Les gestionnaires de cas interrogés n'ont pas tous pu participer à l'ensemble de formation (14 sur les 41 gestionnaires de cas n'y ont pas participé). Notons que la formation à l'évaluation multidimensionnelle par le diplôme universitaire n'apparait pas dans le discours des gestionnaires de cas qui identifient la formation à la pratique de l'évaluation multidimensionnelle et à la formation sur l'outil d'évaluation

multidimensionnelle qu'ils utilisent. Cela peut entre autre s'expliquer par le guide d'entretien qui prévoyait de renseigner principalement les besoins de formation spécifiques à l'outil utilisé. Il est néanmoins remarquable de noter que lorsque les gestionnaires de cas s'expriment sur ce qui leur manque en termes de formation, ces manques dépassent le cadre d'une formation uniquement à un outil puisqu'on a pu constater précédemment qu'il y existe un manque d'habiletés sinon de compétences en termes d'évaluation.

4.1. Trois types de formations à l'outil

La formation des professionnels est un moment clé dans le processus d'appropriation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle. Selon l'outil la formation n'est pas la même et il semble que celles dispensées pour le GEVA-A et l'OEMD-SMAF aient été globalement insatisfaisantes pour les professionnels, à l'inverse de celle organisée pour le RAI-Domicile.

4.1.1. Le GEVA-A

La formation du GEVA-A s'est organisée à Paris, à la CNSA. Elle s'est organisée sur une journée traitant de la présentation de l'outil GEVA personne handicapée, sa démarche ainsi que de la mise en situation du remplissage de l'outil à l'aide d'un cas pratique.

> *« La formation était une journée sur le GEVA, elle consistait à la présentation d'un diaporama, on nous a présenté l'outil et son utilité. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)*

Pour certains professionnels, une formation d'une seule journée était trop courte. Ils se sont sentis pressés par le temps.

> *« C'était trop pressé, il y aurait encore trop de questions. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)*

> *« Ça a été bref comme formation. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)*

Ce temps jugé trop court n'a pas permis aux professionnels de maîtriser l'outil et sa démarche. Beaucoup d'interrogations restent en suspens sur les pratiques d'utilisation de l'outil. Il est possible ainsi de faire le lien entre les difficultés de remplissage, la réappropriation d'items de l'outil (comme le tableau des déficiences) et les lacunes liées à la formation au GEVA-A.

> *« On a encore du mal à dynamiser cette partie là, on ne sait pas trop quand est-ce qu'on doit le revoir, comment le modifier, combien on en fait, c'est un peu long… s'il faut le*

modifier tous les six mois, ça va être un peu compliqué. Il y a toutes ces questions là encore qu'il faut qu'on réfléchisse. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

Le temps estimé trop court de la formation est un des facteurs d'insatisfaction des professionnels. Les professionnels auraient apprécié avoir une journée supplémentaire décalée de quelques mois de la première afin d'échanger sur les pratiques d'évaluation de chacun.

Pour certains, la formation qu'ils ont suivi sur le GEVA-A a été globalement non pertinente autant dans le fond que dans la forme.

« Alors moi je n'appelle pas ça une formation franchement. On a eu une journée à la CNSA où si j'avais lu, c'est ce que j'ai fait d'ailleurs, si j'avais lu le GEVA dans mon bureau c'était à peu près la même chose. On a eu une journée où on nous a fait lire le GEVA et fait une fausse analyse d'une situation. Mais ce n'est pas une formation. » (Pilote, GEVA-A)

« Les gestionnaires de cas m'ont fait rendre compte que cette journée avait servi à rien et qu'ils avaient l'impression d'avoir un manque quand même sur l'utilisation de l'outil. » (Pilote, GEVA-A)

Les professionnels ont rapporté que la formation au GEVA-A s'est essentiellement tournée vers le GEVA personne handicapée. Ils ont alors exprimé leur mécontentement puisque les versions des outils ne sont pas les mêmes et notamment que les cadres d'utilisation diffèrent.

« Mais on est quand même arrivé avec un GEVA qui était soi-disant personnes âgées mais qui était quand même très axé handicap selon moi, avec certains items qui étaient très orientés handicap et pas trop personnes âgées. On a eu très rapidement beaucoup de remontées pour le modifier et beaucoup de choses à dire pour le modifier, pour notre public qui est quand même bien spécifique. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)

« Et c'était un GEVA qui était tiré je crois de la PCH, un outil qu'ils utilisaient pas du tout de la même manière parce que c'était un outil d'éligibilité à la PCH, et nous on s'en sert pas comme outil d'éligibilité ici. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

4.1.2. L'OEMD-SMAF

La formation concernant l'OEMD-SMAF a été organisée par le CESS. Elle a porté sur une seule partie de l'outil : la partie SMAF. Cette particularité a surpris et déçu l'ensemble des professionnels (pilotes et gestionnaires de cas) des sites qui utilisent l'outil.

« On avait pas compris que la formation était uniquement sur le SMAF et pas sur l'OEMD. Donc voila, dommage parce que finalement on n'a pas d'informations. » (Pilote, OEMD-SMAF)

Pour autant, le déroulement de la formation a été pertinent pour les professionnels. Organisée en deux temps, la formation traite dans un premier temps (3 jours) de la théorie de l'outil (présentation, démarche, pratiques de remplissage et cas pratiques). Puis dans un second temps, deux mois plus tard, une journée d'échange entre les gestionnaires de cas permet un échange sur les pratiques et difficultés rencontrées.

« Ca a été beaucoup plus enrichissant car il y a des choses que soit je n'interprétais pas correctement, cela a permis de ré-approfondir les choses et en même temps comme on se familiarisait avec l'outil c'était plus facile aussi d'aller dans la précision, de revoir, de reprendre les choses, de rectifier les choses qu'on faisait et qui n'était peut être pas forcément très justes aussi. » (Gestionnaire de cas, autre secteur, OEMD-SMAF)

Certains professionnels ont pour autant estimé que la première session de trois jours était un peu longue et méritait d'être raccourcie.

« Les trois jours était trop longs, quand même. Ça manquait de dynamisme à mon sens. Parce que j'aurais aimé que... Je pense qu'en deux jours c'était largement suffisant. Il y avait beaucoup d'exercices sur des choses que finalement on avait déjà acquis. » (Pilote, OEMD-SMAF)

Cependant, dans le cadre de l'expérimentation, le délai entre le premier temps de formation et le second semble avoir été trop court pour certains gestionnaires de cas qui n'avaient évalué qu'une ou deux situations d'usagers.

« on l'a [le délai entre les deux sessions] trouvé court, parce que je pense que ça tient, tout simplement, au fait qu'on avait pas beaucoup de situations au début et qu'on a pas pu vraiment travailler, mais on s'en est sorti, mais on n'avait peut-être pas assez de recul, effectivement… moi, j'avais dû en faire un… » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

La plus grande source d'insatisfaction des professionnels concernant la formation a été le manque d'expérience et de connaissance de la formatrice. Ils estimaient parfois que la formatrice « découvrait l'outil en même temps » qu'eux.

« La pédagogie, la forme, et elle maîtrisait pas l'outil informatique donc c'était vraiment assez compliqué par moment. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

Certains reprochent à la formatrice d'avoir été trop influencée par sa formation initiale d'ergothérapeute, impliquant des visions divergentes entre formatrice et gestionnaires de cas.

« La formatrice était ergothérapeute et on sent bien que son approche et sa pratique du logiciel était extrêmement marquée par sa formation de base… et forcément on avait des divergences de points de vue ou d'approches sur les situations présentées. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

4.1.3. Le RAI

La formation au RAI s'est déroulée selon le même schéma que la formation au SMAF. Une demi-journée théorique sur l'outil puis un jour et demi de remplissage des sections de l'outil à partir de cas concrets des stagiaires avec discussion des difficultés éventuelles pour le recueil de données. La troisième journée est un échange sur les pratiques des évaluations réalisées, après un ou deux mois d'utilisation de l'outil par les professionnels.

« Si vous voulez il faut dans l'ensemble trois jours, deux jours je vous expliquerai le contenu, et puis un rappel, un mois ou deux mois après, quoi. Bon on fait une présentation de la démarche, d'une part les utilisations, deuxièmement la démarche. Puis après, on demande aux gens, « vous avez, vous êtes infirmier, vous allez prendre le papier et vous allez remplir une section à partir d'un cas que vous connaissez ». (Promoteur RAI-Domicile)

Il est important de noter que c'est en partie le pilote du site MAIA qui a organisé la formation. Ce faisant, les professionnels ont eu un appui méthodologique fort et très accessible.

« On a la possibilité d'en discuter avec la pilote. Oui, des suivis, un suivi constant, quoi. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

La particularité de la formation au RAI reste le travail en binôme. En effet, après la fin de la session théorique de l'outil, le professionnel en formation se doit de travailler en binôme avec un professionnel expérimenté et formé. Le professionnel en formation a pour objectif de suivre l'autre professionnel sur le terrain et d'observer ses pratiques.

« J'ai eu une phase d'intégration dans l'équipe, sans parler des autres intégrations. Mais où j'ai beaucoup suivi mes collègues à domicile. Où j'ai travaillé sur l'outil mais à deux, en binôme. » (Gestionnaire de cas, Rai-Domicile)

Ce travail en binôme permet plusieurs choses. D'une part il permet de sensibiliser le professionnel en formation à l'outil, d'autre part il le sensibilise à l'évaluation multidimensionnelle en général, et enfin il le sensibilise à la population cible de la structure.

« Ça m'a tout appris. Ça m'a appris à la fois à m'identifier par rapport à une personne, me présenter, voir le travail en général. Par rapport à l'outil en particulier, comment le présenter aussi par rapport aux personnes si effectivement on le sort pendant l'entretien. Ça m'a permis de comprendre comment l'utiliser. Ça a été même indispensable dans ma formation pour pouvoir me l'approprier, pour qu'il ait du sens, enfin voilà c'est un peu comme tous les outils après, pour qu'il soit compréhensible et lisible par tout le monde, il faut qu'on l'utilise de la même manière. Donc ça m'a permis tout simplement de le maîtriser. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Cette méthode de travail est donc riche de sens et permet une meilleure appréhension et appropriation de l'outil et de l'évaluation multidimensionnelle, ainsi que de lisser les pratiques professionnelles. Pour autant, elle suppose que l'outil soit déjà utilisé localement ce qui n'a pas été le cas pour l'OEMD-SMAF et rarement dans le champ de la personne âgée pour le GEVA-A.

4.2. Des formations indispensables

Bien que la plupart des professionnels ne soit pas satisfait de leur formation, ils ne sous-estiment pas son apport et son caractère indispensable pour acquérir de bonnes pratiques.

« c'est indispensable, qu'on ait une personne qui nous forme toutes aux critères d'évaluation parce que sinon, pour un même SMAF , on s'est rendu compte que sans l'intervention de l'ergothérapeute, on n'évaluait pas du tout les choses de la même façon, c'était sur des cas concrets, des petits tests, c'était pas une vraie situation mais que déjà, on pouvait tomber sur des SMAF assez différents… en fait, c'est une histoire d'interprétation qu'il faut travailler… la formation est indispensable » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Parce que c'est un outil je trouve, du fait qu'il soit assez complet demande quand même aussi une bonne formation. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Ah oui elle était trop précoce, mais la formation est indispensable. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

4.3. Nécessité de formations complémentaires et/ou de rappel

Pour pallier à leurs lacunes, les professionnels souhaiteraient suivre de nouvelles formations, moins pointues et longues que les premières mais qui permettraient de compléter les manques des professionnels.

« Il faudrait encore être formé, c'est sûr, ça c'est clair. Soit par la même personne mais avec plus d'assurance, soir par quelqu'un d'autre. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

D'autres ne voient pas réellement la nécessité de suivre à nouveau une formation à l'outil mais plutôt une formation de rappel qui condenserait l'essentiel de l'outil et permettrait de partager avec les autres professionnels des sites MAIA les pratiques et difficultés de chacun.

« Et ca serait pas mal si on se revoyait de temps en temps pour recaler notre façon de faire. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

5. Interdisciplinarité

5.1. Fondement des trois outils d'évaluation multidimensionnelle

L'interdisciplinarité est une pratique qu'un outil multidimensionnel devrait favoriser. Chaque outil engendre de la pluridisciplinarité puisque le gestionnaire de cas n'est en général pas en mesure de remplir à lui seul l'outil d'évaluation multidimensionnelle. Il se doit de communiquer avec tous les intervenants pour connaître au mieux la situation de l'usager.

« Non, je ne peux pas toute seule. Il faut l'avis des partenaires, oui c'est sûr. Oui, par exemple, « comportement paranoïaque », tout ça c'est des choses assez pertinentes, assez fines, une assistante sociale de formation. Donc ça c'est forcément une information qui va être donnée à un professionnel. Moi, c'est pareil, les cathéters, les machins, les trucs, ça va pas du tout me parler, je vais avoir besoin l'infirmière. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« Je n'hésite pas à appeler les ressources déjà en place pour compléter mon évaluation, dans certains domaines que je ne maîtrise pas. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

5.2. L'importance du médecin traitant

La place du médecin traitant dans l'évaluation multidimensionnelle est prédominante puisqu'il permet de recueillir l'ensemble des informations de santé de l'usager. Les professionnels sont incapables de compléter une évaluation multidimensionnelle sans l'apport du médecin traitant.

« Obligatoire, partenaire privilégié. Pas partenaire particulier mais partenaire privilégié, le médecin traitant. Ah, oui ! Parce que c'est lui qui reste quand même. De toute façon, c'est le médecin prescripteur, c'est le médecin coordonateur normalement et référent, du domicile selon ce qu'on essaie de mettre en place. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

Pour certains gestionnaires de cas issus de formations sanitaires et notamment les infirmiers, l'accord du médecin traitant dans la démarche d'accompagnement global est indispensable pour suivre l'usager. Sans l'accord de celui-ci, le gestionnaire de cas refuse de débuter une évaluation.

5.3. Multiplication des partenaires

Les gestionnaires de cas sollicitent donc une multitude de professionnels et partenaires intervenants dans l'accompagnement de la personne.

> *« Les aidants, le service d'aide à domicile, après quand il y a des kinés en général je me rends compte que ce sont des ressources riches et importantes pour tout ce qui est perte d'équilibre. Des fois les services hospitaliers, les neurologues, consultation mémoire, on a beaucoup d'intervenants. L'assistante sociale de l'hôpital, de la mairie. Tous les gens qui connaissent un peu la situation et qui ont quelque chose à en dire, qu'ils sont là depuis un certain moment, qui ont une certaine vision de la situation. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)*

L'outil d'évaluation multidimensionnelle qui implique une forte interdisciplinarité ne hiérarchise pas les professionnels en fonction de leur spécialité, mais bien au contraire « pondère » les différents partenaires puisque chacun possède un rôle indispensable dans l'accompagnement de l'usager.

> *« Le mot est juste quand je dis pondère c'est bien qu'il en légitime certains et qu'il en pondère d'autres. Et ça me semble très important car sans cet outil qui cadre, on voit certains métiers et selon les cultures professionnelles, certains métiers prennent le pas sur d'autres. Il y a des enjeux de pouvoir dans les équipes pluridisciplinaires même s'ils ne sont pas toujours conscients. Et ces enjeux de pouvoir sont toujours un peu à l'avantage des uns et au détriment des autres. C'est un outil qui à mon sens pondère beaucoup et légitime beaucoup. » (Pilote, secteur organisationnel, GEVA-A)*

5.4. Interdisciplinarité entre gestionnaires de cas

Les temps d'échanges entre gestionnaires de cas sont multiples. Ils sont présents tout au long du processus d'évaluation. Le gestionnaire de cas sollicite quasi-quotidiennement leurs collègues pour divers motifs.

Les échanges ont lieu lors de discussions informelles sur la situation de l'usager. Les formations initiales de chacun permettent d'avoir un apport pluridisciplinaire pertinent et accessible.

> *« Non, on se les apporte plus ou moins entre nous. Ca se met tout doucement en place Mais lorsque l'on présente une situation et que l'on a besoin d'avoir le regard des collègues, on vient avec notre SMAF pour s'obliger à les utiliser totalement. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)*

Les gestionnaires de cas peuvent aussi communiquer entre eux relativement à leurs pratiques de l'outil d'évaluation multidimensionnelle, en cas de doute de remplissage notamment.

« Je vais chercher aussi auprès de mes collègues gestionnaires de cas. Je suis à mi-temps et ma collègue qui me remplace qui est d'origine psychologue, elle m'aide bien sur certaines situations. Je vais essayer d'aller chercher en fonction du profil de la personne, l'information qui me semble utile. » (Gestionnaire de cas, secteur social, OEMD-SMAF)

« On échange énormément entre collègues et ça, heureusement qu'on est une équipe. Heureusement qu'on est une équipe. » (Gestionnaire de cas, psychologue, GEVA-A)

Enfin, les gestionnaires de cas se sollicitent mutuellement pour discuter davantage de leur nouvelle profession et notamment de leur « éthique professionnelle ». Les gestionnaires de cas ressentent un manque de définition de leur éthique professionnelle et discutent des contours de la profession, de ses droits et devoirs.

5.5. Plus-value des réunions de concertation

Tous les gestionnaires de cas n'organisent pas de réunions de concertation avec les partenaires, mais ceux qui le font en relèvent une grande plus-value dans la communication et dans la bonne coordination de l'accompagnement de l'usager. En plus de cela, il permet de venir en aide aux professionnels dans le besoin et de régler les conflits entre partenaires si nécessaire.

« Je m'évertue à faire des réunions d'équipe, multidisciplinaires, donc sur des situations. Quand ça roule, ça roule, mais je trouve que tous les trois mois, c'est intéressant de se rencontrer entre partenaires. Si besoin est, on le fait plus mais, voilà. Si un des partenaires a besoin, on le fait entre le partenaire et moi, et s'il y a un conflit, ce sera avec d'autres, on le fait en groupe. Mais voilà, on fait des points sur des situations. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Quand la situation est trop complexe, […] Il y a beaucoup d'intervenants qui interviennent et il y avait vraiment de la coordination à mettre entre tous les intervenants, faire ce lien. Il y avait pas d'autre solution que se mettre autour de la table et de décider ensemble des choses, donc, après, effectivement, je suis chef d'orchestre, c'est un peu chef d'orchestre, sans être décideur, c'est le guide. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

6. Le partage de l'information

Le partage de l'information va de pair avec l'interdisciplinarité. Le partage se fait de manière formelle et informelle mais possède un cadre de pratique flou, où chaque professionnel fait ce que bon lui semble.

6.1. Pratiques et cadre

6.1.1. Démarche du partage

La plupart des gestionnaires de cas ont rencontré des difficultés dans le partage de l'information, en ce sens qu'ils ont tous connus un contact de méfiance de la part des partenaires à leur égard, lors de leur premier échange. Les gestionnaires de cas ont effectivement dû expliquer leur démarche ainsi que leur place dans l'accompagnement de l'usager pour prouver leur légitimité afin que le professionnel concerné accepte de coopérer. Selon la profession ce premier contact a été plus ou moins difficile comme précisé auparavant dans l'influence des formations initiales.

« Il a fallu quand même faire toute une démarche avec les médecins de l'hôpital pour qu'ils acceptent de me transmettre ces informations parce qu'il y a toujours cette histoire de secret médical et d'hôpital et de ville donc ce n'est pas évident, donc ils n'ont pas voulu que j'ai accès aux comptes-rendus hospitaliers mais par contre, ils me passent la fiche de liaison infirmière. On a trouvé un peu ce deal.» (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Ça va dans les deux sens, il y a des choses que les professionnels ne disent pas, parce qu'on est encore dans le questionnement du partage de l'info, du secret professionnel, on ne sait pas trop quoi se dire. Il y a des personnes qui vont nous envoyer des comptes-rendus, par exemple la neuropsychologue du CHU m'envoie tous ses comptes-rendus, mais parce que je suis neuropsychologue, je ne suis pas sûre qu'elle le fasse avec ma collègue assistante sociale. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

6.1.2. Secret professionnel

Le secret professionnel dans le partage de l'information est la question que tous les gestionnaires de cas se posent. Cependant, la formation initiale de chaque professionnel influe fortement sur les pratiques qui en découlent.

« Il y a une grosse polémique sur l'aide à domicile, qu'est-ce qu'elle doit savoir ou pas et les médecins traitants refusent qu'elle sache la pathologie, alors que pour moi, c'est essentiel, parce que si elle veut prendre en charge les troubles, il faut qu'elle sache d'où ça vient, il faut mettre du sens. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

« Alors c'est peut être lié à ma profession. On est soumis au secret professionnel, en qualité d'AS. Donc je n'aime pas trop divulguer des éléments que la personne m'a confiés et puis c'est vraiment un élément de la personne et je ne vois pas pourquoi je le transférais aux autres même si je peux en donner quelques éléments pertinents. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

6.2. Partenaires de partage

Tous les partenaires intervenants dans l'accompagnement sont concernés par le partage de l'information avec le gestionnaire de cas.

« Que ce soit avec les aidants, avec le médecin traitant bien sûr, les infirmiers ça m'est arrivé aussi. Normalement, on doit le présenter systématiquement à tous les professionnels, ce n'est pas toujours le cas, je trouve, sur le terrain. » (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

« Aux responsables de services à domicile, au médecin traitant, aux professionnels en charge, aux aidants. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)

6.3. Supports de partage

6.3.1. Partage informel et formel

Les pratiques autour du partage sont diverses et dépendent non pas des sites mais bien des professionnels. Chacun organise le partage d'informations comme il l'entend. De manière formelle ou informelle, la nature du partage est aussi fonction du partenaire destinataire de l'information. Le partage se fait donc par courrier, mail, fax, téléphone ou en face à face.

« C'est encore très informel tout ça, il y a des fois on le sent, il y a des fois on le sent pas. Moi, est-ce qu'après je vais donner toutes les infos ? Non, je ne crois pas. » (Gestionnaire de cas, psychologue, OEMD-SMAF)

6.3.2. La synthèse

De manière générale, c'est la synthèse qui est partagée entre les partenaires. Cependant pour respecter le secret professionnel, les gestionnaires de cas ont tendance a réalisé une synthèse pour chaque partenaire en fonction des informations qui le concernent. Cette redondance dans la rédaction des synthèses explique le fait que certains ne partage pas automatiquement les informations, voire essentiellement à la demande des partenaires.

« Elle peut être transmise aux partenaires, aux professionnelles qui interviennent. Ca peut être le médecin traitant, les services d'aide à domicile. Mais je ne vais peut être pas la rédiger de la même façon en sachant dans les mains de qui elle va apparaître. Je suis vigilante à ça. C'est une synthèse que je vais transmettre à telle ou telle personne. Je me le dis avant de la rédiger. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

6.3.3. Le Plan de Services Individualisé

D'autres professionnels partagent davantage le plan de services individualisé. Il permet de ne pas dévoiler d'informations « trop intimes » sur l'usager et « résume bien la situation ».

« Voilà, je leur fais part de mon évaluation, du PSI. Je les informe, je les tiens informés, je leur demande ce qu'ils en pensent. Et puis je leur remets une copie du PSI.» (Gestionnaire de cas, RAI-Domicile)

6.3.4. Outil comme support lors de réunions de concertation

Enfin, certains professionnels, lors de réunions de concertation, s'appuient sur leur outil d'évaluation multidimensionnelle pour partager l'information. Ils ne donnent pas directement l'outil aux partenaires mais gardent l'outil près d'eux tout en montrant aux autres partenaires sur quoi s'appuie leur travail.

« Le guide d'évaluation. Car l'évaluation on la partage car on fait des réunions de synthèse et chacun peut apporter son évaluation spécialisée. » (Gestionnaire de cas, secteur social, GEVA-A)

Cette pratique reste assez marginale puisque de manière générale, les professionnels ne partagent et ne communiquent par leur outil d'évaluation multidimensionnelle car les partenaires « ne sont pas prêts à les voir » et surtout ces outils « ne les intéressent pas ». La plupart des gestionnaires de cas estiment de toute façon que l'outil d'évaluation en tant que tel ne doit pas être partagé à quiconque, la synthèse et le PSI sont des supports plus à même d'être partagés.

« J'évoque un peu les résultats du SMAF, mais en fait, ce qui parle quand même plus aux professionnels, c'est le GIR, la grille AGGIR, c'est plus parlant pour l'instant. C'est vrai que dans mes comptes-rendus, une fois que j'ai fait l'évaluation multidimensionnelle, que j'ai un peu problématisé, je fais un compte-rendu et à ce moment-là, j'intègre le résultat du SMAF et la grille AGGIR. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, OEMD-SMAF)

« Il n'est pas partagé, est-ce qu'il est légitime je n'en sais rien mais je n'ai pas eu l'occasion de pouvoir le partager mais j'aurais du. » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)

7. Rapport au mode expérimental

Le rapport au mode expérimental est quelque peu présent dans les discours et notamment ceux des pilotes des sites MAIA. Il en ressort une forte incertitude et manque de cadre aux fonctions de chacun.

7.1. Des professionnels concernés et impliqués

Les discours de l'ensemble des professionnels démontrent une forte implication de chacun dans l'expérimentation. Les gestionnaires de cas s'appliquent dans leur fonction d'évaluation et

d'accompagnement en espérant « bien faire » et les pilotes s'appliquent dans leur fonction de management.

7.2. Un manque de soutien de l'équipe projet national

Les pilotes comme les gestionnaires de cas se sentent insuffisamment soutenus relativement au déploiement de la composante « outil d'évaluation multidimensionnelle ».

7.2.1. Des pilotes dans leurs missions

Les pilotes se sentent submergés par les différentes tâches de leur mission et les nombreuses sollicitations de l'équipe projet national. Si la plupart a un discours positif sur ce fait qui relève du cadre expérimental, il entraine, de facto, la nécessité de faire des choix parmi lesquels l'implantation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle ne semble pas avoir été prioritaire.

> *« Nous sommes dans une expérimentation, un pas en avant, deux pas en arrière, trois pas sur le côté. » (Pilote, GEVA-A)*

7.2.2. Des gestionnaires de cas

De la même manière, les gestionnaires de cas manquent d'encadrement dans leurs fonctions. Ils estiment que la courte période d'expérimentation les assomme de formations et leur demande un gros investissement. Là encore il apparait que parmi les choix à faire, la formation et l'utilisation de l'outil n'aient pas été considérés comme prioritaire.

> *« Le problème c'est qu'on est parti comme ça… on avait plein de choses à intégrer et l'expérimentation et le diplôme universitaire, le territoire parce que je n'étais pas sur (nom de la ville) non plus, différents documents, le PSI, ça, beaucoup de choses. Et du coup rien n'est vraiment bien fait… mais on fait du bon travail quand même ! » (Gestionnaire de cas, secteur sanitaire, GEVA-A)*

Ils estiment manquer de cadre et de soutien dans leur profession. Ils estiment qu'il faudrait clarifier le cadre éthique et définir les limites de leur fonction.

> *« On ne connaît pas nos limites et on n'a pas encore la réponse et ça c'est le plus dur. Jusqu'où on peut faire une demande de tutelle, jusqu'où peut faire un dossier d'aide sociale, jusqu'où plein de choses. Jusqu'où on peut poser plein de questions qui sont quand même du domaine de l'intimité. C'est que les gens quand il y a un rapport de confiance qui est installé, ils ont tendance à déverser. Et on se demande qu'est-ce que l'on fait de toutes ces infos. Est-ce que ça m'intéresse vraiment. Même à la limite des fois c'est lourd à porter. » (Gestionnaire de cas, autre secteur, OEMD-SMAF)*

7.3. La place de l'outil dans l'expérimentation

La plupart des pilotes n'ont pas semblé être concernés par les outils d'évaluation multidimensionnelle qu'utilisent les gestionnaires de cas. Certains pilotes des sites qui utilisent le GEVA-A sont davantage impliqués puisqu'ils participent au remaniement de l'outil. Quoi qu'il en soit, certains pilotes expliquent cela par le fait que l'outil d'évaluation multidimensionnelle n'est pas apparu comme une réelle composante du dispositif, lors de la présentation de l'expérimentation.

> *« On est avec notre outil. Ce n'est pas la priorité d'échanges là où on avance. Ca ne fait pas partie de la feuille de route me semble-t-il. Je pense que l'outil d'évaluation à aucun moment ne fait partie des axes. Le fait de diminuer les évaluations c'était un enjeu important qui est passé… « Définir un outil d'évaluation multidimensionnel avec synthèse et problématiques » on est d'accord et après c'est tout, ça ne va pas plus loin. Ce n'est pas quelque chose que l'on a en plus. Ca pouvait être un levier d'intégration cet outil partagé Mais dans la façon dont cela s'est déroulé, cela ne l'est pas du tout. » (Pilote, GEVA-A)*

Ce constat se ressent d'autant plus dans le choix de l'outil qu'a fait chaque site. En effet, les pilotes rapportent que les outils étaient nommés dans la lettre de l'équipe de pilotage national les invitant à choisir, mais qu'il ne leur a pas été fait de présentation contrastée des trois outils leur permettant d'argumenter les choix au niveau des tables de concertation avec les partenaires. Ainsi les pilotes ont dû aller chercher eux-mêmes les outils pour les découvrir et les présenter aux partenaires.

> *« On nous a dit « vous allez avoir le choix entre trois outils mais enfin surtout deux parce que le RAI il y a qu'un territoire ». Et puis... J'ai l'impression qu'on nous a dit plus deux outils. » (Pilote, OEMD-SMAF)*

> *« On n'a eu aucune présentation des outils, on a du aller chercher nous-mêmes des infos sur les outils. Par exemple le RAI se trouve facilement sur internet. » (Pilote, GEVA-A)*

> *« Nous, quand on a répondu à l'appel d'offre MAIA, on avait mis le RAI. Comme ça c'était, je pense que d'autres sites ne s'étaient pas positionnés par rapport à un outil. Nous, on l'avait mis. » (Pilote, RAI-Domicile)*

7.3.1. Légitime l'action du gestionnaire de cas

Malgré la faible problématisation de la nécessité d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, il est reconnu qu'il participe à la légitimation de l'action du gestionnaire de cas.

« Parce qu'il faut toujours défendre la gestion de cas par rapport aux partenaires. Donc on a un outil et de mettre en avant le fait qu'il est complet, il est sanitaire et médico-social. À la différence d'une AS parce que c'est souvent le comparatif qui revient, « qu'est-ce que vous faites de plus qu'une AS », c'est de montrer qu'il y a aussi un volet sanitaire. » (Pilote, OEMD-SMAF)

7.3.2. La possibilité de remanier GEVA- A : une expérimentation qui s'ajoute aux autres

Enfin, pour la plupart des utilisateurs du GEVA-A, le remaniement de l'outil est ressenti comme une expérimentation au sein de l'expérimentation MAIA et donc une surcharge non négligeable de travail et un investissement plus que conséquent.

« Vu le cadre expérimental, on a déjà suffisamment de trucs à expérimenter... c'est suffisamment compliqué d'avoir (n) gestionnaires de cas qui arrivent, qui ont des professions différentes, qui n'arrivent pas en même temps. […] Enfin voilà, avec un guichet unique on ne sait pas ce que ça veut dire, le vocabulaire on ne sait pas ce que ça veut dire… il faut dire ce qui est, la CNSA avance au fur et à mesure avec nous, ils nous disent une chose un jour et le lendemain une autre chose... Je veux dire qu'on expérimente sur tous les fronts et de tous les côtés. C'est vrai que si on avait eu un outil fédérateur, qui ne bougeait pas ça aurait été pas mal. » (Pilote, GEVA-A)

« Un outil cadré sur lequel il y a pas trop de marge de manœuvre, j'aurais trouvé ça plus... plus reposant en tout cas. Et puis je pense plus rassurant pour les gestionnaires de cas. » (Pilote, GEVA-A)

Discussion

Le projet POEM a pour objectif de rendre compte de la réceptivité des professionnels relativement aux trois outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés dans le cadre de l'expérimentation des MAIA, mesure 4 du Plan National Alzheimer. Le projet s'est intéressé aux pratiques et aux représentations des professionnels face à l'outil utilisé, à un stade précoce de l'expérimentation qui rend bien compte de la réceptivité des professionnels quant aux outils et non des pratiques maîtrisées des outils. La réceptivité est une première phase du processus d'appropriation. « Dans les termes de l'appropriation sociale des technologies, la problématique articulée autour des significations d'usage permet de comprendre l'appropriation comme un processus de création de sens, dans et par l'usage, dans toute sa dimension sociale » [Millerand, 1998]. La réceptivité est la phase d'acceptation des pratiques et outils, en réalité déterminante dans le processus subséquent d'appropriation.

Dans cette phase de réceptivité, les professionnels perçoivent l'évaluation multidimensionnelle comme une pratique innovante par le fait qu'elle va à l'encontre de leurs pratiques professionnelles antérieures[11]. La fragmentation du système de santé français entre le secteur social et le secteur sanitaire, impacte sur ces pratiques malgré les tentatives de coordination [Trouvé, 2008]. La démarche de l'évaluation multidimensionnelle vise à prendre en considération les différents domaines de la situation et de les faire communiquer entre eux pour rendre compte de manière la plus pertinente qu'il soit, des besoins de l'usager. Les discours des

[11] Il est important de noter tout d'abord que quel que soit la profession d'origine, les gestionnaires de cas replacent l'usage d'un outil par l'évaluation en aval d'une démarche de mise en confiance ce en quoi la pratique d'évaluation peut-être reliée à un ensemble d'autres pratiques appelant la notion d'alliance thérapeutique. Cette phase semble nécessaire à l'appréhension sans a priori de la situation pour structurer un espace possible de communication, un « réceptacle » concertée de transmission d'informations. La question qui se pose alors est : quel organisation concertée de la rencontre l'évaluateur met-il en place, pour quel registre d'informations visé ? Cette question n'est pas neutre, au regard notamment de la publication des résultats des recherches récentes en sciences humaines et en sciences de la vie concernant notamment les personnes avec fortes limitations en matière de communication. A quels types de signes transmis par ces personnes les évaluateurs sont-ils sensibles ? En quoi cette sensibilité construit-elle ou non l'espace de communication de la visite à domicile. Barreyre J.Y., Asencio A.M. Les situations complexes de handicap. Des populations qu'on ne veut pas voir, pas entendre, pas comprendre ? Décembre 2010, CEDIAS/CLAPEAHA/Chorum, co-financement CNSA De même la question du « faire co-naissance » pourrait donner lieu à des recherches ultérieures dans la mesure où cette pratique « pragmatique » construit en fait « le cadre de l'expérience » communicative, d'autant plus que les « évaluateurs » ne parle pas d'outil….alors qu'il l'utilise…Qu'est ce que cela entraine dans l'éthique de la discussion ?

professionnels se rejoignent pour noter l'interdépendance entre domaine d'intervention (sanitaire, social, économique, psychologique, environnemental). C'est en s'appuyant sur cette analyse des interrelations que le professionnel pourra définir le plan de services individualisé.

Les professionnels relèvent ainsi la plus-value de l'évaluation multidimensionnelle, indépendamment de l'outil. Ils ne considèrent pas l'innovation de la démarche comme quelque chose de fondamentalement complexe et s'impliquent volontiers dans l'utilisation des outils. Bien au contraire les professionnels mettent en exergue la plus-value de la démarche multidimensionnelle et remettent en cause leurs pratiques antérieures, désormais considérées comme insuffisantes pour accompagner ce type de population. Pour autant, les pratiques des professionnels traduisent dans les faits une certaine contradiction puisque l'influence des formations initiales y est importante et que l'évaluation est parfois qualifiée de démarche « intrusive »[12]. Il y a donc un décalage entre les représentations qui se traduisent par l'acceptation de l'innovation de la démarche d'évaluation multidimensionnelle, et les pratiques, caractérisées par une forte empreinte des pratiques professionnelles antérieures (elles se retrouvent dans les pratiques de remplissage, de partage, de secret professionnel, de légitimité auprès des autres professionnels). On assiste donc à une volonté de changement qui se bute à des pratiques encore conservatrices. Il est important de lier ce phénomène de « résistance au changement » [Autissier, 2003] à la phase de réceptivité de l'innovation par les professionnels. L'écart entre représentations et pratiques devraient s'estomper au fur et à mesure de l'avancée dans le processus d'appropriation des outils.

On peut alors s'interroger sur le potentiel des outils d'évaluation multidimensionnelle à modifier les pratiques professionnelles. Dans l'étude que nous rapportons, rien ne nous permet d'illustrer cette dimension, mais on peut supposer que la démarche innovante tend par le biais de l'usage des outils à modifier représentations et pratiques professionnelles.

De nombreux travaux ont enfin montré que l'innovation sociale, définie par « toute nouvelle approche, pratique ou intervention ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou résoudre un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés » [Bouchard, 1999], nécessite une contextualisation forte du dispositif et un soutien des professionnels. En ce sens, nous pouvons

[12] Rappelons ici que dans l'enquête sur les personnes en situation de handicap d'origine psychique, les personnes elles-mêmes ne partageaient pas l'opinion des professionnels qui s'inquiétaient du caractère intrusive de l'évaluation multidimensionnelle. Une enquête auprès des usagers des MAIA serait donc indiquée sur ce sujet.

supposer qu'il existe un lien entre la relative résistance à l'innovation et la globale insatisfaction des professionnels à l'égard de la formation reçue de l'outil.

Dans un processus de modification des pratiques professionnelles, il est indispensable de proposer une formation complète et pertinente à la démarche (notions, processus et pratiques) d'évaluation multidimensionnelle au moins autant qu'à l'usage de l'outil afin d'homogénéiser les pratiques.

Les professionnels ont été globalement déçus par leur formation aux outils (hormis pour le RAI-Domicile). Il est indispensable dans le cadre de l'utilisation d'un nouvel outil d'évaluation multidimensionnelle de mettre en place un programme de formation basé d'une part sur l'utilisation de l'outil et d'autre part sur les pratiques d'évaluation elles-mêmes. Ce dernier axe permettrait aux professionnels d'être moins *« mal à l'aise »* avec les dimensions abordées (volets sanitaire et social, sexualité, alcool, etc.) et la démarche. Les professionnels ont par ailleurs apprécié les formations organisées sur plusieurs journées dont l'une en décalé permettant de revenir sur leurs pratiques liées à l'outil et permettant l'échange et le partage des difficultés et facilités de chacun. Ce temps d'échange permet de tendre à une standardisation des pratiques. Par ailleurs, l'analyse de leur propre activité et l'échange induit, ont conduit à réconforter les professionnels dans leur pratique. Les utilisateurs du GEVA-A ont d'ailleurs exprimé ce manque de temps d'échange qui ne se fait que lors des réunions d'équipe intra-sites MAIA. Nous pouvons aussi souligner l'importance du partage des pratiques entre professionnels de même site mais aussi de sites différents par le fait qu'un site MAIA n'a qu'un seul gestionnaire de cas, qui rencontre de réelles difficultés de pratiques mais qui ne peut les partager et les résoudre seuls. Le manque de communication et de partage sur les pratiques professionnelles est donc un réel frein dans l'appropriation de l'outil et de la démarche. Le retour sur les pratiques doit pour autant ne pas être trop précoce par rapport au début de l'activité des gestionnaires de cas afin qu'ils puissent réaliser un certain nombre d'évaluation (environ 5 selon les gestionnaires de cas) pour ressentir les premières difficultés. Les échanges seront d'une pertinence plus fine.

Aux vues des pratiques professionnelles qui découlent des outils, la standardisation et l'informatisation des outils sont des étapes et conditions désormais favorables pour faciliter la démarche évaluatrice, les pratiques professionnelles et donc la mise en place du plan de services individualisé. La standardisation est « un processus par lequel on réfère un indice à une norme afin d'en comprendre le sens intégré dans un tout représentatif » [Mintzberg, 1982]. Les gestionnaires de cas semblent pour autant être réfractaires à ce processus qui consiste à

« mettre les gens dans des cases ». Pour autant ce procédé est supposé permettre un gain de temps indéniable sur le temps de remplissage des outils et de gagner en précision dans la caractérisation des réponses aux items. A terme, la standardisation pourrait être une condition de développement d'un langage commun. La standardisation facilite aussi l'informatisation de l'outil qui semble indispensable pour une utilisation à visée manageriale et de planification de données cliniques. Les trois outils d'évaluation multidimensionnelle en support papier, se composent chacun d'un minimum de 20 pages, ce qui conduit par ailleurs des coûts en temps d'écriture, en impression papier mais aussi un coût en espace de stockage. L'informatisation permettrait de réduire ces coûts de fonctionnement, de réduire le temps de remplissage de l'outil, de rendre compte d'une meilleure connaissance des besoins des personnes aux gestionnaires de cas, de mettre en exergue des données statistiques de santé publique et serait une base de développement d'un système d'information partagée [mesure 5 Plan National Alzheimer]. Un rapport de l'OCDE [OCDE, 2007] a d'ailleurs rendu compte du rôle pertinent du système d'information partagée comme étant un facilitateur dans l'action de la gestion de cas.

Dans le cadre des MAIA, les professionnels utilisant le RAI-Domicile informatisé, procèdent tout de même à une prise de notes au domicile de l'usager, et ne remplissent l'outil que de retour au bureau. Dans ce cas l'informatisation ne réduit pas le temps de remplissage de l'outil. L'ensemble des gestionnaires de cas, qu'ils aient ou non un outil informatisé, préfèrent ne pas montrer le support de l'outil aux usagers. La raison invoquée est de ne pas créer une distance avec eux. Pourtant, des travaux ont montré que l'usage de l'informatique dans l'évaluation au domicile permet de faciliter le remplissage tout en préservant le relationnel avec l'usager concerné [Morin, 2007]. Le support informatique (tablette informatique) permettrait même de renforcer, selon ces travaux, la légitimité du professionnel. Il serait donc envisageable de favoriser l'usage de tablettes électroniques pour évaluer et remplir au domicile l'outil d'évaluation. Pour autant, si les usagers sont prêts à recevoir cette innovation, il est important de ne pas sous-estimer l'importance du changement que cela représente pour les professionnels.

Cette discussion s'intéresse aussi à analyser chacun des outils relativement aux finalités attendues précisées dans l'introduction.

1. Un outil réellement multidimensionnel

A condition d'un usage approprié, c'est-à-dire complet, de chaque outil, il semble que les trois outils remplissent pleinement la condition de conduite à une démarche d'évaluation

multidimensionnelle. Ils permettent tous trois d'identifier des besoins dans l'ensemble des dimensions de la situation et cela sans l'aide d'autres outils. Nous avons documenté que les pratiques professionnelles sont déterminantes dans le caractère réellement multidimensionnel.

2. Un outil adapté aux malades d'Alzheimer et maladies apparentées

Globalement deux outils semblent être adaptés aux malades d'Alzheimer et maladies apparentées par rapport aux dimensions qu'ils abordent. Le RAI-Domicile et l'OEMD-SMAF rendent compte de scores qui alertent les professionnels sur les risques encourus par l'usager (et notamment les comorbidités et retentissement fonctionnel). Toutefois, le GEVA-A reste encore trop tourné vers le handicap selon les professionnels. Les nombreux remaniements de l'outil tendent à combler ces manques. Par ailleurs, le GEVA-A est apparu insuffisamment tourné vers la problématisation des situations des usagers. Les travaux en cours sur le développement et l'amélioration des volets psychologiques et médicaux semblent aller dans ce sens.

3. Un outil créant de l'interdisciplinarité

L'ensemble des outils d'évaluation multidimensionnelle favorise l'interdisciplinarité. La démarche de l'évaluation multidimensionnelle ici veut que le gestionnaire de cas centralise l'ensemble des données concernant la situation de l'usager provenant des divers intervenants. Cette interdépendance semble pondérer le rôle de chaque partenaire dans l'accompagnement de l'usager. En effet, les discours des professionnels n'ont pas mis en exergue des difficultés de hiérarchie entre les professions et professionnels intervenants. Les gestionnaires de cas respectent la profession et les apports de chaque intervenant. Toutefois le rapport au médecin traitant reste spécifique puisqu'il possède une place centrale dans l'accompagnement, notamment pour les gestionnaires de cas issus du secteur sanitaire. Les professionnels ne privilégient pour autant pas le discours du médecin traitant, mais s'attachent à croiser le plus possible les discours de chaque partenaire pour rendre compte de la situation de l'usager de manière objective.

4. Un outil en capacité d'évaluer les personnes atteintes de troubles cognitifs

Cette démarche interdisciplinaire, d'objectivation de la situation de l'usager basée sur la triangulation des discours de l'usager, des aidants et des professionnels permet d'évaluer correctement les personnes atteintes de troubles cognitifs. Aucun professionnel n'a perçu les troubles cognitifs comme pouvant être un frein à l'évaluation.

5. Utilisation des outils en pratique clinique

Les professionnels ont, à ce stade de l'expérimentation, des discours contrastés sur l'utilisation des outils d'évaluation multidimensionnelle. Les gestionnaires de cas évoquent majoritairement des motivations administratives (« il faut le faire ») dans l'utilisation de l'outil. Néanmoins, il émerge de l'analyse transversale du corpus, l'idée selon laquelle les gestionnaires de cas considèrent l'usage clinique des outils comme une des principales innovations du champ de leur activité. Cet aspect pose la question de la sensibilisation de l'encadrement à l'importance de l'usage clinique des outils.

6. L'identification des besoins et services requis

Dans le cadre de l'expérimentation des MAIA, les trois outils ont pour objectif d'aider à mettre en place un plan de services individualisé. Dans le dispositif de la gestion de cas, cet enchaînement est logique. Cependant, l'articulation entre outil et PSI dans les faits n'est pas si évidente que cela. L'OEMD-SMAF et le RAI-Domicile semblent faciliter la réalisation du PSI. Le premier, grâce aux alertes étiquetées « problèmes » tout au long de l'outil notamment permet de rendre compte des services requis ; le second, grâce d'une part aux alertes qui priorisent les services requis et d'autre part grâce aux guides d'analyse standardisés qui orientent le professionnel dans la mise en place du PSI. Le GEVA-A, qui ne facilite pas la problématisation de la situation de l'usager ni ne propose de scores ou d'alertes, semble rendre la réalisation du PSI plus délicate et fastidieuse.

7. La sensibilité au changement

L'étude ici menée ne nous permet pas de documenter cette partie-ci. Pour le moment, la réévaluation des situations est encore une pratique timide. Les gestionnaires de cas ont tendance à réévaluer lorsque la situation de l'usager se dégrade. Nous ne sommes donc pas en mesure de dire si les outils peuvent alerter d'une modification de situation.

8. Un outil capable de suivre les trajectoires

De la même manière que pour la sensibilité au changement, l'étude ne nous permet pas de documenter si les outils sont en capacité de suivre les trajectoires tant les pratiques liées à la réévaluation sont timides et mal définies. La diffusion des outils à ce stade de l'expérimentation est limitée aux seuls suivis des gestionnaires de cas, ce qui représente une limite à la capacité de suivre les trajectoires.

Il est toutefois important de noter que si les pratiques liées à la réévaluation sont encore timides, après huit mois d'utilisation de l'outil, c'est qu'il peut être nécessaire de recadrer et redéfinir le concept et l'étape importante qu'est la réévaluation. Il semble toutefois important de ne pas laisser cette « non-pratique » en suspend.

9. L'usage des données engendrées

Le sous-investissement des pilotes de sites MAIA relativement aux outils d'évaluation multidimensionnelle est un frein au potentiel intégrateur des outils (langage commun, utilisation des données à des fins stratégiques et manageriales, modifications à termes des pratiques professionnelles sur le territoire). Les pilotes ne problématisent pas l'outil comme relevant de leur activité mais davantage de celle des gestionnaires de cas. Ils s'emploient parfois à le remanier, notamment certains pilotes du GEVA-A, mais rare sont ceux qui utilisent réellement des données à des fins stratégiques. Bien souvent ce sont les données relatives aux GIR qui sont communiquées. Il est pourtant important de considérer l'outil d'évaluation multidimensionnelle comme un tremplin à l'intégration par le biais du partage de l'information et de l'usage des données agrégées par l'outil. Il paraît donc indispensable de former l'ensemble des pilotes à l'utilisation de l'outil pour accroître son investissement dans son utilisation.

Selon l'usage actuel qui nous a été rapporté, en phase de réceptivité (très précoce) des outils, ceux-ci remplissent donc plus ou moins les finalités attendues d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (aspect réellement multidimensionnel, adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en termes de dimensions et pratiques, utilisé en pratique clinique, utilité dans la pratique de l'interdisciplinarité, capacité à identifier des services requis, sensible au changement, capacité à suivre les trajectoires, utilisation d'informations agrégées à des fins manageriales ou stratégiques), pour autant ils ne remplissent pour le moment que timidement leurs objectifs de gestion de la qualité de soins et leur plus-value intégratrice puisqu'ils ne sont pas ou peu utilisés hors du service de gestion de cas et lorsqu'ils le sont ce n'est que dans une visée clinique.

Limites de l'étude.

Les coûts présentés dans ce rapport sont ici mentionnés à titre informatif. Ils permettent d'enrichir le débat de données issues de cette phase expérimentale. Il ne s'agit toutefois pas d'une approche comptable (nous n'avons pas cherché à vérifier les coûts dans la comptabilité de chaque MAIA et encore moins les coûts liés à la genèse, l'amélioration et la validation des outils). Notre approche retrace davantage la représentation qu'ont les pilotes MAIA des coûts induits. Ils

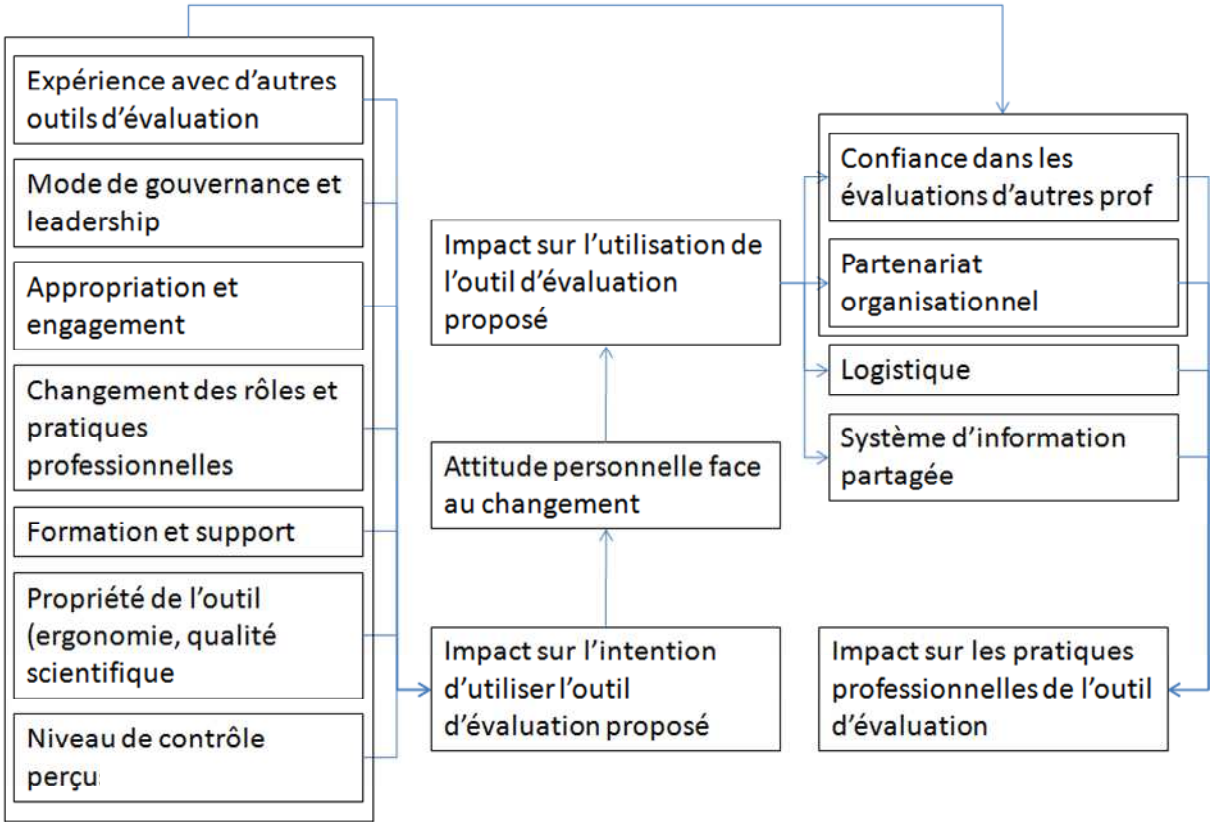
sont spécifiques au cadre d'expérimentation des MAIA et semblent peu adaptés à une éventuelle généralisation en termes de droits d'usage, de coûts réels (notamment de formation ou de validation dans le cadre de la gestion de cas en France). Si les pouvoirs publics décident de rester en phase d'expérimentation des trois outils et à condition que les nouveaux sites utilisant ces outils soient plus équilibrés dans leur représentation des trois outils, une étude microéconomique de chacun des outils serait envisageable. Il faudrait alors que l'équipe en charge de cette analyse puisse avoir accès à la fois aux données de financement (équipe de pilotage de la mesure 4) et aux données comptables des MAIA, ce qui est un tout autre projet de recherche.

Notons également la représentation selon laquelle le choix entre les trois outils durant cette phase expérimentale ne fut pas jugé idéal par les pilotes qui se sont souvent estimés insuffisamment formés et informés. Ceci qui pourrait en partie expliquer l'inégale répartition des sites entre les trois outils d'évaluation multidimensionnelle, reflet principalement de l'inégalité d'information des pilotes.

Enfin, le contexte expérimental de l'implantation actuelle des MAIA, place les gestionnaires de cas et pilotes en position d'innovation multiple : nouveau champ professionnel, nouvelle pratique d'encadrement, nouveaux rapports interprofessionnels, utilisation d'un nouvel outil et nouvelles pratiques professionnelles. Dans ce contexte, il est difficile de distinguer ce qui relève stricto-sensu de l'implantation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle, de ce qui relève de telle ou telle autre innovation.

Enfin, pour reprendre brièvement les axes de cette discussion, et à partir du cadre théorique que nous avons utilisé pour mener cette étude, voici ce que nous pouvons dire de l'implantation de la démarche et des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre d'un accompagnement global des usagers atteints de troubles cognitifs à leur domicile.

Figure 1 : Synthèse du cadre théorique du « Physician Guideline Compliance Model » [Maue, 2004] et du diagramme des facteurs influençant l'implantation et l'impact du « single assessment process » [Dickinson, 2006]


Expérience avec d'autres outils d'évaluation
Mode de gouvernance et leadership
Appropriation et engagement
Changement des rôles et pratiques professionnelles
Formation et support
Propriété de l'outil (ergonomie, qualité scientifique
Niveau de contrôle perçu
Impact sur l'utilisation de l'outil d'évaluation proposé
Attitude personnelle face au changement
Impact sur l'intention d'utiliser l'outil d'évaluation proposé
Confiance dans les évaluations d'autres prof
Partenariat organisationnel
Logistique
Système d'information partagée
Impact sur les pratiques professionnelles de l'outil d'évaluation

La plupart des professionnels a été amenée à utiliser d'autres outils d'évaluation dans le cadre de leur formation initiale. Les gestionnaires de cas issus du secteur social ont usé de la grille AGGIR, ceux issus des secteurs sanitaires et « psychologiques » ont usé des outils d'évaluation et outils de diagnostics. Globalement, les professionnels avaient une première approche de l'évaluation mais non multidimensionnelle.

Les professionnels estiment, dans le cadre de l'expérimentation des MAIA, manquer de cadre et de soutien. Les discours des gestionnaires de cas et des pilotes montrent un manque de cadre dans leur fonction et leur pratique souvent nouvelle. Même si les professionnels

entendent le caractère mouvant du mode expérimental, ils semblent toutefois fatigués de cette instabilité.

Les formations ont été globalement insuffisantes, ce qui induit des pratiques hétérogènes marquées par des difficultés d'utilisation et d'appropriation des outils par les professionnels et parfois des désengagements de certains. En effet, même si l'appropriation des outils semblent longue à cause d'une timide montée en charge et d'un manque de formation, l'engagement des gestionnaires de cas reste fort. Toutefois, il semble que les pilotes des sites MAIA sous-estiment la plus-value des outils ce qui se ressent dans leur faible investissement. Globalement, les professionnels ont la sensation d'un contrôle faible étant donné qu'ils sont « mal à l'aise » avec l'évaluation multidimensionnelle.

On a pu remarquer que les modifications apportées au GEVA-A sont importantes et touchent aussi bien le fond (ajout de dimensions relatives aux personnes malades d'Alzheimer et maladies apparentées) que la forme (lisibilité) de l'outil. Dans une moindre mesure, des remaniements de forme (lisibilité et praticité) ont aussi été faits dans la partie OEMD de l'OEMD-SMAF. Le RAI-Domicile quant à lui n'a pas été modifié.

Tout ceci induit des pratiques de chaque outil globalement effectives, parfois administratives *(« il faut remplir pour remplir »).* Toutefois, les pratiques de synthèse et de réévaluation sont encore timides voire généralement peu effectives notamment dues au manque de standardisation et d'informatisation des outils.

A ce stade de l'expérimentation, l'attitude des professionnels vis-à-vis du changement semble décalée entre représentation et pratiques. En effet, les professionnels entendent et acceptent la démarche d'évaluation multidimensionnelle comme une innovation pertinente. Cependant, au regard des pratiques, les professionnels en phase de réceptivité, sont encore fortement influencés par leur formation initiale et leurs pratiques antérieures.

Le déploiement de nouveaux professionnels, l'usage de nouveaux outils d'évaluation, l'influence des formations initiales ainsi que le sous-investissement des pilotes constituent un frein au partenariat et notamment au partage de l'information. Ceci se répercutant sur les pratiques des professionnels et la démarche globale d'accompagnement des usagers.

Conclusion

Les trois outils d'évaluation multidimensionnelle (Le GEVA-A, l'OEMD-SMAF et le RAI-Domicile) utilisés dans le cadre des MAIA sont actuellement en cours d'implantation. Notre analyse se situe donc en phase de réceptivité. Ils offrent tous trois des stades d'implantation différents selon leur spécificité. Pour autant, il semble que le RAI-Domicile soit le plus avancé dans son implantation sur un seul site MAIA en considérant que celle-ci avait débutée avant l'expérimentation MAIA.

Le projet POEM met en avant le fait que l'outil d'évaluation multidimensionnelle peut être considéré comme une innovation. Les conditions de réceptivité de cette innovation dépendent des utilisateurs et paraissent globalement favorables quelque soit l'outil utilisé. Elles restent toutefois marquées par une certaine ambivalence entre représentations positives et pratiques effectives encore timides.

Les facteurs qui ont joué un rôle de frein dans l'implantation initiale des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre de l'expérimentation des MAIA sont d'une part le niveau insuffisant de formation à l'évaluation et de formation directement liée aux outils et d'autre part l'absence d'informatisation totale ou partielle des outils. A l'inverse, les facteurs favorisant l'implantation de cette pratique d'évaluation multidimensionnelle résident dans la représentation positive de la plus-value des outils d'évaluation multidimensionnelle relativement à l'interdisciplinarité et dans l'identification rapide de dimensions habituellement sous-évaluées. Le rapport à la standardisation est ambivalent car les outils susceptibles de produire des données standardisées sont valorisés pour cela mais en contrepartie, les professionnels se montrent réticents à *«faire entrer les gens dans des cases ».* Bien qu'on puisse identifier des différences dans le rapport aux pratiques d'évaluation et aux outils selon les différentes professions, ce facteur ne semble pas déterminer une profession d'origine pour laquelle les professionnels n'auraient pas de besoin de modification de pratiques.

Quelque soit l'outil, interroger l'évaluation multidimensionnelle soulève des questionnements en rapport avec des pratiques en amont et en aval de l'évaluation (processus d'entrée en gestion de cas, consentement, partage de l'information, planification individualisée). L'implantation

concomitante d'outils nouveaux pour chacune de ces tâches est à prendre en considération dans l'analyse de la réceptivité que nous rapportons.

Les trois outils d'évaluation multidimensionnelle présentent des caractéristiques et des qualités proches relativement aux objectifs poursuivis. Néanmoins, un travail d'amélioration des outils serait pertinent dans le cadre de leur utilisation dans les MAIA. En effet, le GEVA-A nécessiterait un travail d'adaptation aux besoins spécifiques des usagers malades d'Alzheimer et maladies apparentées ainsi qu'un travail de standardisation et d'aide à la problématisation des situations en amont de son informatisation. L'informatisation de l'OEMD-SMAF devrait être complétée pour la partie OEMD et constituer un seul outil informatisé. Le RAI-Domicile nécessiterait d'être testé en situation davantage représentative et neutre.

Enfin, même si les coûts engendrés actuellement par les outils d'évaluation multidimensionnelle sont certains, ils semblent sous-évalués en termes de montée en charge et de droits d'accès. Il serait nécessaire de reconsidérer les coûts en phase de généralisation. Les données que nous apportons permettent néanmoins une première approche de cette question.

Au terme de ce travail le comité scientifique souhaite souligner que « l'outil ne fait pas l'évaluation » et que c'est l'ensemble de l'organisation des réponses sur un territoire et au-delà au niveau national qui participe au développement ou à la minorisation d'une approche multidimensionnelle. Dans cette approche, la problématique de la formation est centrale, il parait opportun de développer un tronc commun à toute formation d'outils qui soit consacré à l'évaluation globale des situations de vie et l'interdépendance des volets et domaines de vie. En effet, ce n'est qu'en tenant compte des inter et rétroactions des difficultés et des ressources dans tous les domaines de vie que peut se concevoir une « problématique » de la situation et que l'on peut, ensuite seulement, se poser la question des réponses.
Reste à documenter l'usage en pratique « courante » de ces outils et notamment leur capacité à créer de l'intégration, c'est-à-dire, diffuser au-delà du service de gestion de cas à être utilisé dans des processus de réévaluation systématique et à permettre l'évaluation de la situation d'une personne au cours du temps (suivi de trajectoire).

Bibliographie

Rapports et ouvrages

ASSASD, *Projet pilote RAI-Domicile, Résumé du rapport final*, 11 avril 2002.

ASDO études, *Perceptions par les usagers des outils et démarches d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie*, 2008.

Autisser D., Moutot J-M, *Pratiques de la conduite du changement*, Dunod, Paris, 2003

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A. Zuccola G, Mor V, Rubinstein LZ, Carbonin P. *Randomized trial of impact of integrated care and case management for older people living in the community.* BMJ 1998; 316: 1348-51.

Bloch M-A, Mahé T, Gaëlle R. *Les travaux de la CNSA sur les outils et démarches d'évaluation des besoins des personnes*. Rapport d'étape. 2009.

Bouchard C, *Recherche en sciences humaines et sociales de l'innovation sociales Contribution à une politique de l'immatériel*, 1999, Québec.

Boudon R., Besnard P., Cherkaoui M., Lécuyer B-P., *Dictionnaire de Sociologie*, Larousse, Paris, 2001.

Caudron J-M., Giroux L., Munier-Julliard M-C., *Politiques de l'aide et de l'accompagnement à domicile*, Dossier d'experts, La lettre du cadre territorial, Editions territorial, Paris, Novembre 2007.

CESS, *Cahier de l'utilisateur OEMC adapté au RISPA*, CESS, Mars 2010.

CNSA, *Manuel d'accompagnement du GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée*, Mai 2008.

CNSA, *Rapport sur l'appropriation du guide d'évaluation des personnes handicapées- GEVA*, Janvier 2010.

Code pénal de l'action sociale et des familles, loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.

Code pénal de l'action sociale et des familles, loi n°2005-102 du 11 février 2005.

Comité aviseur sur *l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Septembre 2000.

Deloitte, 2iConseil, TNS Healthcare. *Les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations* – janvier, CNSA, 2009.

Desjeux D., 2004, *Les sciences sociales*, collection Que-sais-je?, PUF, Paris, 2004.

Hamel J., *Etude de cas et sciences sociales*, Collection Outils de recherche, L'Harmattan, Canada, 1997.

FNG, *Evaluer, pour quoi faire ?,* Gérontologie et société, n°99, décembre 2001.

Gervais P, Hébert R, Tousignant M, et al., *Évaluation de l'implantation du SMAF et du eSMAF dans les établissements médico-sociaux du Bergeracois desservant les personnes âgées et les personnes handicapées.* Sherbrooke : Centre d'expertise en santé et Centre de recherche sur le vieillissement, 2010.

Hébert, R. & Kouri, K. *Autonomie et vieillissement*, Edisem, 1999.

Hébert R., Tourigny A., Gagnon M., PRISMA, *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes,* EDISEM, 2004.

Hébert R., Tourigny A., Raîche M., PRISMA volume II, *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, EDISEM, 2007.

Henrard J.-C., Cérase V., *La démarche RAI : une méthode de promotion de la qualité des soins de longue durée*. 2000

InterRAI, *RAI-domicile version 2.0, Méthode d'évaluation pour les clients des services à domicile et guide d'utilisation*, Editions Ensp, 2003

Marcillat H., *Vieillesse et société : le rendez-vous manqué. La dépendance de personnes âgées en questions*, Pratiques du champs social, Editions Erès 2000.

Maue SK, Segal R, Kimberlin CL, et al. *Predicting physician guideline compliance: an assessment of motivators and perceived barriers*. Am J Manage Care 2004;10:383-391.

McDowell I. *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York (NY), USA.: Oxford University Press; 2006.

Millerand F., *Usages des NTIC : les approches de la diffusion, de l'innovation et de l'appropriatio*n, Université de Québec, Montréal, 1998.

Morris JN, Fries BE, Bernabei R, et al. *interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual.* Version 9.1 Washington, DC: interRAI, 2009. (Traduction française, Henrard JC)

Morris JN, Berg K, Bjorkgren M, Finne-Soveri H, Fries BE, Frijters D, et al., *Clinical Assessments Protocols (CAPs) For Use with Community and Long Term Care Instruments.* Washington, DC: interRAI, 2010. (Traduction française, Henrard JC)

OCDE, *Improved health system performance through better care coordination*, 2007.

Rapport du Comité Scientifique pour l'Adaptation des Outils d'Evaluation de l'Autonomie. Paris: Senat; 2003.

République Française. Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012. 2008

Somme D, Saint-Jean O. *Rapport PRISMA France. L'intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action*. Paris: PRISMA France. Financement DGS-CNSA-RSI; 2008.

SROS Alsace 2006/2011, Cahier documentaire, *Prise en charge des personnes âgées*, Janvier 2006.

Yin RK. *Case Study Research: design and methods*. London, UK: Sage Publications, 1984.

Articles

Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N, et al. Relationship between interRAI HC and the ICF: Opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Research* 2009, **9**:47

Björkgren MA, Fries BE, Shugarman LR. A RUG-III Case-Mix System for Home Care. *La revue Canadienne du vieillissement* 2000 ; 19 Supplement 2: 106-117.

Bos JT, Frijters DH, Wagner C. Carpenter FI, Finne-Soveri H, Garms-Homolova V et al. Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators.

Aging Clin Exp Res. 2007 Aug; 19(4):323-9.Cérase V., le RAI : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée, FNG, Gérontologie et Société, n°99, 2001.

Fries BE, Schneider DP, Foley WE, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing home. Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med. Care*, 1994 ; **32** : 668-85.

Dickinson A. Implementing the Single Assessment Process: opportunities and challenges. J *Interprof Care* 2006;20:365-379.

Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, et al. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;42:191-206.

Gardent H., Le RAI : une démarche multidimensionnelle préparant la mise en œuvre du plan de soin en établissement d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées, *L'année Gérontologique*, 1995, 91-94.

Gervais, P., Hébert, R., & Tousignant, M. Méthodologie de l'étude d'évaluation de l'implantation du Système de Mesure de l'Autonomie fonctionnelle (SMAF) dans le secteur médico-social français : l'étude PISE-Dordogne*. La Revue de Gériatrie*, 2010.

Gray LC, Berg K, Fries BE, Henrard JC, Hirdes JP, Steel K, et al.. Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *BMC Health Services Research* 2009, **9**:71

Hawes C, Morris JN, Phillips CD et al. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursinf homes resident assessments and care screening (MDS). Gerontologist 1995; 35::172-178.

Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de gériatrie*, 2003; 28(4):323-334.

Henrard JC; Ankri,J.; Frijters D; Carpenter I; Topinkova E; Garms-Homolova V et al. Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: application in several European cities. *Int J Integr* Care. 2006

Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccola G, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1288 – 93.

Morris JN, Hawes C, Fries BE et al. Designing the National Resident Assessment Instrument for nursing Homes. Gerontologist 1990; 30: 293-302.

Morris JN, Fries BE, Mehr Dr, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz LA. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* 1994; 49: M174 – 82.

Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinkova E. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1017 – 24.

Sutcliffe C, Hughes J, Abendstern M, et al. Developing multidisciplinary assessment--exploring the evidence from a social care perspective. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1297-1305.

Tousignant M, Dubuc N, Hebert R, et al. Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: how can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health Soc Care Community* 2007;15:1-7.

Tousignant M, Hebert R, Dubuc N, et al. Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. *Age Ageing* 2003;32:60-66.

Colloques

CNSA, Présentation CNSA, Le GEVA – Guide d'évaluation multidimensionnelle pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH, mai 2007.

CNSA, Premières rencontres sur l'autonomie, Evaluer pour accompagner, 12 février 2009.

Colloque Handicap et enjeux de société, Centre de ressources en SMS Ile de France, Janvier 2006.

P. Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R. et Jbabdi, M. Du SMAF à la grille AGGIR et au GIR : une passerelle informatisée. IXème Congrès International Francophone de Gérontologie et Gériatrie,

Nice, France, 19-21 octobre 2010. Résumé publié dans Les cahiers de l'année gérontologique 2010; 2(3), 357. http://www.cifgg2010.com

Nahmiash D., Clinical tools for case management, Case management workshop, Fondation Plan Alzheimer, Mars 2010

Annexes

Annexe 1 : Outils GEVA

La version du GEVA utilisée dans les MDPH est disponible sur le lien suivant, http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf.

Pour plus de renseignements concernant la version utilisée durant l'expérimentation MAIA, les auteurs recommandent de s'adresser à l'équipe projet national, mesure 4 du Plan National Alzheimer.

Annexe 2 : Outils OEMD-SMAF

La version de l'OEMC utilisée au Québec est disponible sur le lien suivant : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/7ae1cde4e2e89e9185256dac0056a8ac?OpenDocument .

Pour plus de renseignements concernant la version adaptée au contexte français et intitulée OEMD SMAF, utilisée durant l'expérimentation MAIA, les auteurs recommandent de s'adresser à l'équipe projet national, mesure 4 du Plan National Alzheimer.

Concernant le SMAF les auteurs invitent à se rapprocher du CESS, et notamment de Caroline Charky, directrice de la filiale CESS Europe et Développement des affaires. ccharky@expertise-sante.com

Annexe 3 : Outils RAI-Domicile

La version du RAI-Domicile 2.0 est disponible dans le manuel dont la référence est la suivante :

Morris J, Fries B, Bernabei R et all Traduction sous la direction de JC Henrard, JN DuPasquier et J Hirdes, RAI Domicile version 2.0 Méthode d 'évaluation pour les clients des services à domicile et guide d 'utilisation Editions ENSP, 2003

Pour obtenir des renseignements sur la version (9.1) utilisée dans l'expérimentation MAIA les auteurs invitent à se rapprocher de l'association France RAI à l'adresse suivante :

Henrard Jean-Claude,

Centre de Gérontologie

49, rue Mirabeau

75016 Paris

Annexe 4 : Déclaration d'intérêts

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Vous êtes sollicité pour participer au projet s'intéressant à l'étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels dans le cadre du Plan National Alzheimer, au titre de membre du comité scientifique. A ce titre, vous allez contribuer aux travaux et aux décisions sur l'avancement de ce projet.

Afin de garantir la neutralité et le caractère scientifique de ce projet, il vous est demandé de bien vouloir déclarer tout conflit d'intérêt quel qu'il soit. Nous rappelons qu'un conflit d'intérêt existe lorsque le jugement, les décisions ou les interventions d'un professionnel sur un projet d'intérêt principal risquent d'être modifiés par un intérêt secondaire (financier ou intellectuel).

Nous vous demandons donc de bien vouloir nous informer de votre situation en retranscrivant l'intitulé qui la caractérise le mieux.

1. Vous avez un conflit d'intérêts financier

- o Je déclare être le promoteur ou le détenteur des droits du GEVA, du RAI ou de l'OEMD SMAF.
- o Je déclare avoir un conflit d'intérêts d'ordre financier avec l'utilisation du GEVA, du RAI ou de l'OEMD SMAF.

2. Vous avez un conflit d'intérêts intellectuel

- o Je déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles (préciser : travaux scientifiques **ou** rapports d'expertise **ou** activités de conseil **ou** conférences, colloques, actions de formations…) sur le GEVA, le RAI ou l'OEMD SMAF, sans pour autant qu'elles n'entravent à ma neutralité dans ce projet.

3. Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant ce projet

Je soussigné ……., déclare

……

……

……

Le…… à …….

Signature

Annexe 6 : Déclarations de consentement de participation à la recherche

a. Gestionnaires de cas

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES COORDONNATEURS

-ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELS-

VOLET QUALITATIF

OBJET

Etude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels des besoins des personnes en perte d'autonomie dans le cadre du Plan National Alzheimer.

RESPONSABLE

Docteur Dominique Somme, Hôpital Européen Georges Pompidou.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation est sollicitée dans le cadre de l'étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels des besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Votre participation comprend une entrevue individuelle, à votre bureau ou dans un autre lieu approprié, à votre convenance, portant sur le fonctionnement de l'outil que vous utilisez dans le cadre des MAIA. D'une durée approximative d'une heure trente, cette entrevue est enregistrée et retranscrite intégralement ensuite sous forme de verbatim. Lors de l'entrevue, nous nous entretiendrons avec vous sur les diverses caractéristiques de l'outil. Les thèmes précis abordés durant cette entrevue seront annoncés avant la rencontre.

CONFIDENTIALITÉ

Il est important de mentionner que les informations recueillies lors de l'entrevue seront dépersonnalisées. Cependant, vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez. Les règles de confidentialité seront respectées en ce sens que les informations nominatives n'apparaissent sur aucun document et que seuls les membres de l'équipe projet de l'étude peuvent avoir accès aux documents. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude et les documents écrits seront conservés, selon les règles prescrites, pour une durée de dix ans.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

INCONVÉNIENTS

Nous sommes bien conscients que l'entrevue prend de votre temps. Cependant, vous êtes parmi les personnes les mieux placées pour nous aider à mieux comprendre la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés dans les MAIA.

RISQUE

Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'une entrevue avec vous. De plus, le matériel de recherche n'étant pas accessible à votre employeur ou à l'organisation qui vous emploie, il ne peut en aucun cas servir à évaluer votre pratique.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION

Il sera possible de vous abstenir de répondre à certaines questions. Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps. Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, tous les documents qui vous concernent.

INFORMATIONS SUR LE PROJET

Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer.

Vous pouvez d'ailleurs nous rejoindre durant les heures de bureau ou encore laisser un message au responsable de l'étude, Docteur Dominique Somme, au 01 56 09 27 26.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer au projet.

Nom et Signature du participant :

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.

Nom et Signature du chercheur ou de son représentant :

Fait à _____, le _____

b. Pilotes

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PILOTES DES SITES MAIA

-ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELS-

VOLET QUALITATIF

OBJET

Etude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels des besoins des personnes en perte d'autonomie dans le cadre du Plan National Alzheimer.

RESPONSABLE

Docteur Dominique Somme, Hôpital Européen Georges Pompidou.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation est sollicitée dans le cadre de l'étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels des besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Votre participation comprend une entrevue individuelle, à votre bureau ou dans un autre lieu approprié, à votre convenance, portant sur le fonctionnement de l'outil que vous utilisez dans le cadre des MAIA. D'une durée approximative d'une heure trente, cette entrevue est enregistrée et retranscrite intégralement ensuite sous forme de verbatim. Lors de l'entrevue, nous nous entretiendrons avec vous sur les diverses caractéristiques de l'outil. Les thèmes précis abordés durant cette entrevue seront annoncés avant la rencontre.

CONFIDENTIALITÉ

Il est important de mentionner que les informations recueillies lors de l'entrevue seront dépersonnalisées. Cependant, vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez. Les règles de confidentialité seront respectées en ce sens que les informations nominatives n'apparaissent sur aucun document et que seuls les membres de l'équipe projet de l'étude peuvent avoir accès aux documents. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude et les documents écrits seront conservés, selon les règles prescrites, pour une durée de dix ans.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

INCONVÉNIENTS

Nous sommes bien conscients que l'entrevue prend de votre temps. Cependant, vous êtes parmi les personnes les mieux placées pour nous aider à mieux comprendre la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés dans les MAIA.

RISQUE

Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'une entrevue avec vous. De plus, le matériel de recherche n'étant pas accessible à votre employeur ou à l'organisation qui vous emploie, il ne peut en aucun cas servir à évaluer votre pratique.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION

Il sera possible de vous abstenir de répondre à certaines questions. Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps. Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, tous les documents qui vous concernent.

INFORMATIONS SUR LE PROJET

Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer.

Vous pouvez d'ailleurs nous rejoindre durant les heures de bureau ou encore laisser un message au responsable de l'étude, Docteur Dominique Somme, au 01 56 09 27 26.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer au projet.

Nom et Signature du participant :

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.

Nom et Signature du chercheur ou de son représentant :

Fait à _____, le _____

c. Promoteurs des outils d'évaluation multidimensionnelle

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PROMOTEURS DES OUTILS -ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELS- VOLET QUALITATIF

OBJET

Etude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels des besoins des personnes en perte d'autonomie dans le cadre du Plan National Alzheimer.

RESPONSABLE

Docteur Dominique Somme, Hôpital Européen Georges Pompidou.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation est sollicitée dans le cadre de l'étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnels des besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Votre participation comprend une entrevue individuelle, à votre bureau ou dans un autre lieu approprié, à votre convenance, portant sur les conditions financières d'usage et la compatibilité à la grille AGGIR de l'outil que vous promouvez. D'une durée approximative d'une heure trente, cette entrevue est enregistrée et retranscrite intégralement ensuite sous forme de verbatim. Les thèmes précis abordés durant cette entrevue seront annoncés avant la rencontre.

CONFIDENTIALITÉ

Il est important de mentionner que les informations recueillies lors de l'entrevue seront dépersonnalisées. Cependant, vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez. Les règles de confidentialité seront respectées en ce sens que les informations nominatives n'apparaissent sur aucun document et que seuls les membres de l'équipe projet de l'étude peuvent avoir accès aux documents. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude et les documents écrits seront conservés, selon les règles prescrites, pour une durée de dix ans.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

INCONVÉNIENTS

Nous sommes bien conscients que l'entrevue prend de votre temps. Cependant, vous êtes parmi les personnes les mieux placées pour nous aider à mieux comprendre la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés dans les MAIA.

RISQUE

Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'une entrevue avec vous. De plus, le matériel de recherche n'étant pas accessible à votre employeur ou à l'organisation qui vous emploie, il ne peut en aucun cas servir à évaluer votre pratique.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION

Il sera possible de vous abstenir de répondre à certaines questions. Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps. Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, tous les documents qui vous concernent.

INFORMATIONS SUR LE PROJET

Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer.

Vous pouvez d'ailleurs nous rejoindre durant les heures de bureau ou encore laisser un message au responsable de l'étude, Docteur Dominique Somme, au 01 56 09 27 26.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer au projet.

Nom et Signature du participant :

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.

Nom et Signature du chercheur ou de son représentant :

Fait à _____, le _____

Annexe 5 : Guides d'entretien

a. Gestionnaires de cas

fng
Fondation Nationale de Gérontologie

PROJET POEM
ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DANS LE CADRE DU PLAN NATIONAL ALZHEIMER

GUIDE D'ENTRETIEN
« GESTIONNAIRES DE CAS »

30 - 04 - 2010

- **Rappel des finalités de l'étude : Cerner si le GEVA, le RAI et l'OEMD SMAF améliorent effectivement la qualité de l'évaluation des besoins et de l'offre de services apportées aux personnes prises en charge au sein des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer.**

- **Rappel méthodologique**

Ce guide constitue une trame souple de questions qui pourront évoluer en fonction de la dynamique des entretiens réalisés. Les relances sont données à titre indicatif. Même si toutes les thématiques seront abordées en entretien, ce guide n'est cependant pas destiné à être décliné de façon systématiquement chronologique.

La réalisation d'entretiens se fait auprès des **gestionnaires de cas**, des **pilotes des sites MAIA**, ainsi que des **promoteurs des trois outils**.

- **Rappel des principaux objectifs de l'étude pour l'enquête réalisée auprès des gestionnaires de cas :**
  - **Décrire et présenter l'outil d'évaluation multidimensionnel concerné :**
    - Identifier l'outil utilisé ;
    - Identifier les objectifs de l'outil ;
    - Comprendre sa démarche et la population cible visée ;
    - Identifier les thèmes abordés par l'outil ;
    - Identifier la capacité de l'outil à identifier les besoins de la personne et les services requis ;
    - Identifier si l'outil est informatisé ;
    - Identifier l'intérêt de l'évaluation ;
    - Comprendre le lien entre l'outil et le plan de services individualisé ;

  - **Décrire la possibilité d'adaptation des pratiques professionnelles liée à l'outil :**
    - Evaluer l'intérêt de la formation des professionnels à l'outil ;
    - Appréhender le processus de formation et d'accompagnement des professionnels dans leurs pratiques ;
    - Décrire l'organisation des séances de formation (à la demande de qui ?, qui organise, etc.) ;
    - Décrire les apports de la formation dans les pratiques professionnelles ;
    - Décrire comment l'outil favorise ou non l'interdisciplinarité ;

  - **Décrire la réceptivité de l'outil multidimensionnel à travers les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas :**
    - Décrire les étapes de l'évaluation multidimensionnelle (prémisses, évaluation, synthèse, plan de services individualisé, réévaluation) ;
    - Identifier et comprendre les pratiques liées à l'outil et à l'évaluation ;
    - Identifier les items pertinents dans l'évaluation globale de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ;
    - Décrire le processus de remaniement de l'outil à travers les pratiques professionnelles ;
    - Cerner les acteurs participants à l'évaluation (professionnels, partenaires, aidant, aidé, etc.) ;
    - Identifier les interactions entre ces acteurs ;
    - Mettre en exergue l'organisation de la réévaluation ;
    - Identifier l'usage d'outils complémentaires ;

  - **Cerner les pratiques antérieures d'évaluation :**
    - Identifier les outils précédemment utilisés ;
    - Cerner l'apport de l'outil d'évaluation multidimensionnelle dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs.

INTRODUCTION A L'ENTRETIEN

Présentation de l'étude

L'expérimentation des MAIA dans le cadre du Plan National Alzheimer 2008-2012 est basée sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées présentant une situation complexe. Cet accompagnement s'organise autour d'un outil d'évaluation multidimensionnelle ayant pour objectif premier d'améliorer la qualité de l'évaluation des situations afin de mettre en place une stratégie globale d'intervention évolutive adaptée aux besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

L'étude que nous menons s'intéresse aux trois outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés au sein des MAIA et vise à identifier si chaque outil permet réellement d'améliorer la qualité de services apportés aux personnes âgées en situation complexe.

Rappel de l'engagement à respecter concernant l'anonymat des personnes interviewées

Votre témoignage sera enregistré et utilisé de façon anonyme. L'entretien sera dépersonnalisé et accessible seulement aux personnes de l'équipe de recherche du projet POEM.

I. Fiche signalétique

Pour commencer je vais vous demander de présenter votre parcours professionnel au sein de la MAIA.

1. Depuis quand exercez-vous la **fonction de gestionnaire de cas** dans la MAIA ?
2. Quel **type de contrat** possédez-vous avec la MAIA ? (temps plein, temps partiel)
   - Si temps partiel : exercez-vous une autre fonction ? si oui, laquelle ?
1. Quelle est votre **formation initiale** ? Que faisiez-vous juste avant de devenir gestionnaire de cas ?
3. **Combien de personnes suivez-vous** dans le cadre de la MAIA ?
4. Avez-vous parmi les personnes que vous suivez, des personnes atteintes de troubles cognitifs ? si, oui combien ?

II. Présentation de l'outil

5. Pouvez-vous me **présenter l'outil** d'évaluation multidimensionnelle que vous utilisez au sein du site MAIA ?
6. Sur quels **domaines** porte-t-il ? (état de santé, état fonctionnel, aides apportées par les aidants familiaux et professionnels, etc.)
7. Permet-il de connaître les besoins, les services requis et les programmes apportés ?

8. Quelles sont les **personnes évaluées** par cet outil ?
9. Qu'est-ce qui **caractérisent ces personnes** ?
10. Est-il informatisé ?
11. Quel est selon vous, **l'intérêt de l'outil** d'évaluation multidimensionnelle ?

III. Les pratiques d'évaluation

12. **Depuis quand** utilisez-vous cet outil?
13. **L'utilisiez-vous déjà** auparavant ? dans quel cadre ?
14. **Utilisez-vous cet outil dans l'accompagnement de l'ensemble des personnes** dont vous êtes le (la) référent(e) ?
15. Avez-vous déjà **utilisé un autre outil** d'évaluation?
    - Lequel ?
    - Dans quel cadre ?
    - Pendant combien de temps ?
    - Permet-il une évaluation multidimensionnelle ?
16. Quelle **différence** faites-vous entre l'outil que vous utilisiez avant et celui que vous utilisez aujourd'hui ?
17. L'outil est-il **légitime** aux niveaux local et stratégique ?
    (Utilisation à l'hôpital, échange entre partenaires, APA, etc.)

    - Auprès de qui est-il légitime ?
    - Auprès de qui ne l'est-il pas ?
18. Avez-vous suivi une **formation** sur l'outil ?
19. En quoi consistait cette formation ?
20. Sur quoi portait principalement cette formation ?
    (Sur la démarche de l'outil ? Sur son fonctionnement ? Son utilisation ?)

21. Que vous a **apporté cette formation**?
22. En quoi est-elle **nécessaire** ?
23. Pensez-vous que les **partenaires** avec lesquels vous travaillez pourraient ou devraient suivre cette formation ?
24. Serait-il nécessaire que vous suiviez une **formation complémentaire** ?
25. Quels thèmes devraient abordés cette formation complémentaire ?

Nous allons maintenant aborder l'outil à travers vos pratiques et notamment en reprenant chronologiquement les étapes de l'évaluation. Nous allons nous aider de la dernière évaluation complète que vous ayez faite. (Cette évaluation sera demandée avant chaque entretien)

26. Pouvez-vous me **raconter la dernière fois que vous avez réalisé une évaluation multidimensionnelle ?**
27. Quelles sont les **différentes étapes de l'évaluation** ?

IV. Prémisses

28. Que faites-vous une fois que la personne âgée est dirigée et acceptée en gestion de cas ?
29. Quelle est la première étape de l'évaluation ?

V. Utilisation de l'outil

30. **Quand commencez**-vous l'évaluation de la situation de la personne ? (formel, informel)
31. **Sous quel format** ? (papier, logiciel)
32. **Comment introduisez**-vous l'évaluation auprès de la personne ?
33. **Comment s'organise**-t-elle ?
34. **Qui** est présent ? (famille, entourage, professionnel, partenaires, etc.)
35. **Quels items** abordez-vous en premier ?
    - sont-ils prioritaires ?
36. Quels sont ceux que vous abordez ensuite ?
37. Y-a-t-il des **items/domaines que vous ne remplissez pas** ?
    - Pour quelles raisons ?
    - En quelles circonstances ?
    - Refus de la personne (gène, indiscrétion, refus, etc.)
    - Refus du gestionnaire de cas (question éthique, vie privée, oubli, pas utile)
    - Information non disponible au moment de l'entretien
38. **Combien de temps** est-il nécessaire pour réaliser une évaluation complète avec cet outil ?
39. **En combien de fois** faites-vous une évaluation ?
    - En combien de fois avez-vous fait cette évaluation ?
40. **A la fin de la première partie** de l'évaluation que faites-vous ?
    - Préparation d'objectifs pour la suite de l'évaluation ?
    - Synthèse mi-évaluation ? etc.
41. Comment se déroule **la seconde partie de l'évaluation ?**
    - Qu'est ce qui change par rapport à la première partie ?
    - Rencontrez-vous des questions récurrentes? des redondances ?
42. Comment se déroule **la troisième partie ? mêmes relances (mêmes questions pour le nombre de fois signalées dans question 41)**
43. Que faites-vous une fois que l'évaluation de la situation est terminée ?
44. Réalisez-vous une **synthèse** de la situation de la personne ?
45. A quoi vous sert-elle ?
    - En lien avec les besoins ?
    - En lien avec les attentes exprimées par la personne/ par sa famille ?
    - En lien avec les services ?
46. L'outil **facilite-t-il la réalisation** de la synthèse (identification des problèmes devant faire l'objet d'une intervention, indicateurs synthétiques, indicateurs scorés) ?
47. **Réévaluez-vous** régulièrement les situations des personnes ?
    - A quelle fréquence ?
    - A quelle occasion ?
    - Qu'est-ce qui détermine le délai des réévaluations ?
48. Réalisez-vous une **évaluation complète/partielle** lors d'une réévaluation ?
    - Si partielle, quels domaines réévaluez-vous ?
49. Comment **s'organise** une nouvelle évaluation ?
50. Combien de personnes ont eu leur situation évaluée par cet outil ?
    - De manière complète ?
    - De manière incomplète ?

51. Utilisez-vous des **sources d'informations** pour compléter l'évaluation ?
    - Si oui lesquelles ?

VI. Qualité de l'outil et spécificité de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer

52. Grâce à cet outil, avez-vous une **bonne connaissance des besoins (domaines devant faire l'objet d'une intervention) et des risques encourus** par la personne ?
    - Notamment, vis à vis de sa santé ?
    - Notamment, vis à vis de son autonomie fonctionnelle ?
    - Notamment, vis à vis de sa participation sociale ?
    - Notamment, vis à vis de son environnement ?
53. Quels sont les **domaines indispensables** pour évaluer les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? (co-morbidité, autonomie fonctionnelle, etc….)
54. Quels sont ceux qui n'ont pas grand intérêt ?
55. Quels sont ceux qui devraient être abordés mais qui ne le sont pas ?
56. Est-ce que cet outil vous permet d'aborder les **co-morbidités** ?
57. L'outil vous alerte-t-il d'une **situation à risque** ?
58. Vous est-il arrivé de vous rendre compte de la dégradation d'une situation uniquement grâce à l'outil ?
59. Vous est-il déjà arrivé d'être **surpris par les résultats de l'évaluation** telle que décrite par l'outil d'évaluation ?
60. Quel lien faites-vous entre l'outil et la **grille AGGIR** ?
61. Vous arrive-t-il de compléter l'outil par un autre outil que celui utilisé par la MAIA (y compris AGGIR)?
    - Lequel ?
    - Pourquoi ?
62. Pensez-vous que l'outil que vous utilisez est **adapté** à l'évaluation des situations des **personnes malades d'Alzheimer** ou maladies apparentées?
63. Y a-t-il des situations de personnes pour lesquelles l'outil n'est pas adapté ?
    - Lesquelles ?

VIII. Interdisciplinarité et planification

64. **Partagez-vous** l'évaluation avec des professionnels ?
    - Avec qui ?
    - De quelle manière ? (échange, envoi, courrier, fax, etc.)
    - Dans quel but ?
65. Font-ils partie des professionnels intervenant auprès de la personne âgée ?
66. **Quelles informations** partagez-vous ?
67. Cet outil est-il **légitime** aux yeux des partenaires ?
    - Est-il demandé ?
    - Par qui ?
    - Est-il refusé ?
    - Par qui ?
68. Permet-il de **faciliter les démarches/orientations** et de débloquer des allocations CNAV et APA ?
69. Que faites-vous des **données de l'évaluation** ?

- Comment sont-elles conservées ?
- Comment sont-elles protégées ?
- A quelles fins sont-elles utilisées ?

IX. Conclusion

70. Globalement, que **pensez-vous de l'outil** que vous utilisez ?
71. A-t-il des **avantages** ? Lesquels ?
72. A-t-il des **inconvénients** ? Lesquels ?
73. Quelles sont ses **limites** ?
74. Comment pourrait-on améliorer l'outil?
75. Que pourrait-on faire pour **améliorer son usage** ?
76. En êtes-vous **satisfait/insatisfait** ?
77. Quelles recommandations feriez-vous à de nouveaux utilisateurs ?

b. Pilotes

Fondation Nationale de Gérontologie

PROJET POEM

ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DANS LE CADRE DU PLAN NATIONAL ALZHEIMER

GUIDE D'ENTRETIEN

« PILOTES »

30 - 04 - 2010

- **Rappel des finalités de l'étude : Cerner si le GEVA, le RAI et l'OEMD SMAF améliorent effectivement la qualité de l'évaluation des besoins et de l'offre des services apportées aux personnes prises en charge au sein des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer.**

- **Rappel méthodologique**

Ce guide constitue une trame souple de questions qui pourront évoluer en fonction de la dynamique des entretiens réalisés. Les relances sont données à titre indicatif. Même si toutes les thématiques seront abordées en entretien, ce guide n'est cependant pas destiné à être décliné de façon systématiquement chronologique.

La réalisation d'entretiens se fait auprès des **gestionnaires de cas**, des **pilotes des sites MAIA**, ainsi que des **promoteurs des trois outils**.

- **Rappel des principaux objectifs de l'étude pour l'enquête réalisée auprès des pilotes :**
  - **Décrire et présenter l'outil utilisé par les sites MAIA :**
    - Identifier l'outil choisi ;
    - Identifier si l'outil est informatisé ;
    - Comprendre le processus de choix de l'outil ;
    - Identifier les acteurs ayant choisi l'outil ;
    - Identifier les arguments avancés dans le choix ;

  - **Décrire le processus de remaniement de l'outil :**
    - Identifier les modifications apportées à l'outil ;
    - Identifier les acteurs ayant modifié l'outil ;
    - Cerner le processus de validation du remaniement de l'outil (validation auprès des tables tactique et stratégique, autres acteurs, etc) ;
    - Identifier la légitimité de l'outil aux divers niveaux (local, tactique, stratégique) ;
    - Mettre en évidence la réceptivité des acteurs face à l'outil ;

  - **Identifier la possible nécessité en formation des professionnels :**
    - Identifier les séances de formation suivies ;
    - Identifier l'organisation des séances de formation (à la demande de qui ?, qui organise, etc) ;
    - Identifier les apports de la formation dans les pratiques professionnelles ;

  - **Identifier l'utilisation des données produites par l'outil d'évaluation multidimensionnel :**
    - Identifier les acteurs qui utilisent les données ;
    - Identifier les données utilisées et celles non exploitées ;
    - Identifier la manière dont les données sont exploitées ;
    - Identifier et comprendre les décisions prises à partir de l'exploitation des données ;

  - **Identifier les coûts nécessaires à l'exploitation de l'outil :**
    - Identifier les coûts matériels et humains nécessaires à l'usage de l'outil ;
    - Identifier les coûts financiers d'utilisation de l'outil en phase expérimentale.

INTRODUCTION A L'ENTRETIEN

Présentation de l'étude

L'expérimentation des MAIA dans le cadre du Plan National Alzheimer 2008-2012 est basée sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant une situation complexe. Cet accompagnement s'organise autour d'un outil d'évaluation multidimensionnelle ayant pour objectif premier d'améliorer la qualité de l'évaluation des situations afin de mettre en place une stratégie globale d'intervention évolutive adaptée aux besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

L'étude que nous menons s'intéresse aux trois outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés au sein des MAIA et vise à identifier si chaque outil permet réellement d'améliorer la qualité de services apportés aux personnes âgées en situation complexe.

Rappel de l'engagement à respecter concernant l'anonymat des personnes interviewées

Votre témoignage sera enregistré et utilisé de façon anonyme. L'entretien sera dépersonnalisé et accessible seulement aux personnes de l'équipe de recherche du projet POEM.

I. Fiche signalétique

Pour commencer je vais vous demander de présenter votre parcours professionnel au sein de la MAIA.

2. Depuis quand exercez vous la **fonction de pilote** dans la MAIA ?
3. Quel **type de contrat** possédez-vous avec la MAIA ? (temps plein, temps partiel)
   - Si temps partiel : exercez-vous une autre fonction ? si oui, laquelle ?
4. Quelle est votre **formation initiale** ? Que faisiez-vous juste avant de devenir pilote ?
5. **Combien de gestionnaires de cas** sont en activité au sein du site MAIA ?
6. Quelles sont leurs formations initiales **?**
7. Qu'est-ce qui **caractérise votre MAIA ?**

II. Présentation de l'outil

8. Pouvez-vous me **présenter l'outil** d'évaluation multidimensionnelle que vous utilisez au sein du site MAIA ?
9. Quelles **dimensions** aborde-t-il ? (état de santé, retentissement fonctionnel, besoins, services, incapacités, ressources, attentes, etc.)
10. Est-il informatisé ?
11. Dans la MAIA, quels **professionnels utilisent** actuellement l'outil ?
12. Quelles sont les **personnes évaluées** par cet outil ?

III. Choix de l'outil

13. Comment s'est déroulé le **choix de l'outil** ?
14. Comment **vous a-t-on présenté les outils** ?
    - Avez-vous eu le choix entre le RAI, le GEVA et l'OEMD SMAF ?
    - Vous a-t-on présenté les trois outils de la même manière ?
    - Qui vous a présenté les outils ?
    - Vous êtes-vous senti libre de choisir l'outil que vous vouliez ?
15. **Comment avez-vous choisi** l'outil ?
    - Quels critères vont ont poussé à choisir cet outil ?
    - Qu'est-ce qui vous plait dans l'outil que vous avez choisi ?
    - Qu'est-ce qui ne vous plait pas ?
    - Qu'est ce qui ne vous plaisait pas dans les deux autres outils ?
16. Les partenaires de la MAIA ont-ils participé au choix de l'outil ?
17. Quelles discussions ont eu lieu avec les partenaires MAIA concernant l'outil ?
18. L'outil est-il **légitime** aux niveaux local et stratégique ?
    (Utilisation à l'hôpital, échange entre partenaires, APA, etc..)

IV. Formation des professionnels à l'outil

19. Avez-vous suivi une **formation** sur l'outil ?
20. En quoi consistait cette formation ?
21. Sur quoi portait principalement cette formation ?
    (Sur la démarche de l'outil ? Sur son fonctionnement ? Son utilisation ?)

22. Que vous a **apporté cette formation**?
23. En quoi est-elle **nécessaire** ?
24. Les gestionnaires de cas ont-ils suivi cette même formation ou une autre?
25. Ont-ils tous suivi cette formation ?
26. En quoi pensez-vous qu'elle leur a été utile ?
27. Comment avez-vous recueilli la satisfaction ou l'insatisfaction des gestionnaires de cas ?
28. Serait-il nécessaire que les gestionnaires de cas suivent une **formation complémentaire** ?
29. Quels thèmes devraient abordés cette formation complémentaire ?

V. Remaniement de l'outil

30. Avez-vous modifié l'outil, y compris de façon minime ?
31. **Comment cela s'est-il fait** ? (faire décrire le processus de remaniement)
    - A la demande de qui ?
    - Quels **acteurs ont participé** aux modifications faites ? (Gestionnaires de cas, pilote, partenaires locaux, tactiques, etc.)
    - Qu'est-ce qui a changé ? Pourquoi ?
32. Etes-vous en mesure de savoir si ces changements sont pertinents ?
33. Quel avenir voyez-vous à ces modifications ?

VI. Usage des gestionnaires de cas

34. Quels **sentiments** les gestionnaires de cas expriment-ils vis à vis de l'outil ?

35. Avez-vous eu des **réunions/discussions** à propos de l'outil avec eux?
36. Sur quoi portaient-elles ?
37. Quelles **remarques** ont été soulevées ?
38. Quelles **conclusions et décisions** ont été prises suite à ces remarques ?

VII. Usage des données

39. A quelles données issues des évaluations avez-vous accès ?
40. A quelles données n'avez-vous pas accès ?
41. Quel usage faites-vous des données ?
42. Comment pensez-vous utiliser ces données ? (décisions, réorganisation de l'offre de services, etc.)
43. Quel lien faites-vous avec la fonction observation ?

VIII. Coûts

44. L'outil a-t-il un **coût** dans son utilisation ? de quel type ? dans quelle mesure ?
45. Quel est le coût **humain** (formation, etc.) ?
46. Quel est le coût de **fonctionnement** (informatisation de l'outil, temps d'appropriation des gestionnaires de cas, droits) ?
47. Quel est le coût de **passation** (prix de réalisation d'une évaluation) ?
48. Quelle part de votre **temps de pilotage** attribuez-vous à l'outil ?
49. y a-t-il **d'autres coûts** ?

IX. Conclusion

50. Quels sont pour vous les **avantages de l'outil d'évaluation multidimensionnelle** dans le cadre des MAIA ?
51. Quelles sont les **limites** ?
52. Quels sont les **avantages de l'outil que vous utilisez** dans le site MAIA ?
53. Quelles sont ses **limites** ?
54. Globalement, **vous sentez-vous à l'aise** avec l'outil que vous utilisez ?
    - qu'est-ce qui vous gène aujourd'hui?
    - qu'est-ce que vous appréciez aujourd'hui?
55. Qu'est ce qui pourrait être **amélioré** ?
56. Avec le partage des expériences entre gestionnaires de cas, pilotes et partenaires, êtes-vous **satisfait du choix de l'outil** qui a été fait sur votre site MAIA ?
    - Dans quelle mesure ?
    - Pour quelles raisons ?
57. Si non, vers quel outil aimeriez-vous vous tourner ?

c. Promoteurs des outils d'évaluation multidimensionnelle

fng
Fondation Nationale de Gérontologie

PROJET POEM
ETUDE DE LA PERTINENCE DES OUTILS D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DANS LE CADRE DU PLAN NATIONAL ALZHEIMER

GUIDE D'ENTRETIEN
« PROMOTEURS »

30 - 04 - 2010

- **Rappel des finalités de l'étude : Cerner si le GEVA, le RAI et l'OEMD SMAF améliorent effectivement la qualité de l'évaluation des besoins et de l'offre de services aux personnes prises en charge au sein des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer.**

- **Rappel méthodologique**

Ce guide constitue une trame souple de questions qui pourront évoluer en fonction de la dynamique des entretiens réalisés. Les relances sont données à titre indicatif. Même si toutes les thématiques seront abordées en entretien, ce guide n'est cependant pas destiné à être décliné de façon systématiquement chronologique.

La réalisation d'entretiens se fait auprès des **gestionnaires de cas**, des **pilotes des sites MAIA**, ainsi que des **promoteurs des trois outils**.

- **Rappel des principaux objectifs de l'étude pour l'enquête réalisée auprès des promoteurs :**
  - **Décrire et présenter l'outil d'évaluation multidimensionnel concerné :**
    - Cerner l'historique et le cadre de création de l'outil ;
    - Identifier les objectifs de l'outil ;
    - Comprendre sa démarche et la population cible visée ;
    - Identifier les domaines abordés par l'outil ;
    - Déterminer l'informatisation de l'outil ;
    - Cerner s'il existe une standardisation de l'évaluation ;
    - Identifier la capacité de l'outil à identifier les besoins des personnes et les services requis.

  - **Décrire la possibilité d'adaptation des pratiques professionnelles liée à l'outil :**
    - Identifier les profils professionnels capables d'utiliser l'outil ;
    - Cerner dans quelle mesure la formation de ces professionnels à l'outil est nécessaire ;
    - Appréhender le processus de formation et d'accompagnement des professionnels dans leurs pratiques ;
    - Identifier les difficultés d'usage et d'appropriation de l'outil ;
    - Décrire la manière dont l'outil favorise l'interdisciplinarité.

  - **Identifier la compatibilité de l'outil avec la grille AGGIR :**
    - Cerner dans quelle mesure l'outil permet d'évaluer l'autonomie fonctionnelle de la personne ;
    - Appréhender la compatibilité de l'outil avec la grille AGGIR (adaptation, travaux en cours, coûts, etc).

  - **Identifier les coûts nécessaires à l'exploitation de l'outil :**
    - Identifier les coûts matériels et humains nécessaires à l'usage de l'outil ;
    - Cerner les coûts financiers de l'outil en phase expérimentale et en phase d'éventuelle généralisation au cours de l'année 2011.

INTRODUCTION A L'ENTRETIEN

Présentation de l'étude

L'expérimentation des MAIA dans le cadre du Plan National Alzheimer 2008-2012 est basée sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant une situation complexe. Cet accompagnement s'organise autour d'un outil d'évaluation multidimensionnelle ayant pour objectif premier d'améliorer la qualité de l'évaluation des situations afin de mettre en place une stratégie globale d'intervention évolutive adaptée aux besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs.

L'étude que nous menons s'intéresse aux trois outils d'évaluation multidimensionnelle utilisés au sein des MAIA et vise à identifier si chaque outil permet réellement d'améliorer la qualité de services apportés aux personnes âgées en situation complexe.

Rappel de l'engagement à respecter concernant l'anonymat des personnes interviewées

Votre témoignage sera enregistré et utilisé de façon anonyme. L'entretien sera dépersonnalisé et accessible seulement aux personnes de l'équipe de recherche du projet POEM.

I. Présentation de l'outil d'évaluation multidimensionnel

1. Pour commencer, pourriez-vous me **présenter l'outil** dont vous êtes le promoteur en France ?
   - Quand a été créé l'outil ?
   - Par qui ? (Scientifiques, Pays d'origine)
   - Dans quel cadre ? (contexte)
2. Quelles **dimensions** aborde-t-il ? (état de santé, retentissement fonctionnel, besoins, services, incapacités, ressources, attentes, etc.)
3. Quels **professionnels utilisent** actuellement l'outil ?
4. Quelles sont les **personnes évaluées** par cet outil ?
5. **L'outil permet-il de classifier** la population cible ?
   - De quelle manière ?
   - Quelle est cette classification ?
   - A quelle échelle (locale, nationale, internationale) ?
6. Avez-vous réalisé des **recherches** concernant l'outil ?
   - Validation des algorithmes/ des classifications (RUG, Iso SMAF) ?
   - Etudes de reproductibilité ?
   - Etudes de validité ?
   - Quels en sont les résultats ?

II. Formation des professionnels à l'outil

7. **Quels professionnels** peuvent utiliser cet outil ? (profil de professionnel)
8. Existe-t-il une **formation** liée à l'utilisation de l'outil ?
9. Existe-t-il un **soutien** lié à l'utilisation de l'outil ?
10. Cette formation est-elle **nécessaire** ? indispensable ?
11. A quels professionnels s'adresse-t-elle ?
12. Dans le cadre de l'expérimentation MAIA, comment s'organise la formation ? (organisation temporelle, nombre d'heures nécessaire, etc)

III. Compatibilité avec la grille AGGIR

13. Connaissez-vous la **grille AGGIR** ? En quoi consiste-elle ?
14. L'outil permet-il d'évaluer **l'autonomie fonctionnelle** de la personne ?
15. Selon quelles normes ? (OMS, etc)
16. Est-ce que cet outil aborde les **co-morbidités** ?
17. Pensez-vous que l'outil d'évaluation multidimensionnelle dont vous êtes le promoteur, peut-être **compatible avec la grille AGGIR** ?
    - Dans quelle mesure ?
18. Faudrait-il **remanier l'outil** pour y articuler la grille AGGIR ?
    - De quelle manière ?
    - Quelles dimensions devraient être intégrées ?

IV. Coûts de l'outil d'évaluation multidimensionnel

19. Quels **coûts** sont **engendrés** par l'utilisation de l'outil ? (humains, financiers, temporel, etc.)
20. Quels sont les coûts nécessaires aux séances de formation pour les sites MAIA ?
21. Quels sont les coûts d'utilisation de l'outil dans le **cadre de l'expérimentation** pour votre MAIA ?
22. Quels seraient les coûts d'utilisation de l'outil en phase de **généralisation** des MAIA et de l'outil ?
    - par gestionnaire de cas ?
    - par personne évaluée ?
    - par organisme ?
23. Comment se calculeraient ces coûts ?
    - A partir de quels indicateurs ?

V. Autres outils d'évaluation multidimensionnels

24. Suite à la description de l'outil que nous venons de faire, connaissez-vous un et/ou **d'autres outils d'évaluation multidimensionnelle proches** de l'outil dont vous faites la promotion ?
    - Lesquels ?
    - En quoi sont-ils proches, similaires ? (domaines, items, démarches, objectifs)
25. Connaissez-vous le **GEVA** ?
    - Quelles différences observez-vous entre le GEVA et l'outil dont vous êtes le promoteur ?
    - Quelles similitudes observez-vous ?

26. Connaissez-vous le **RAI** ?
    - Quelles différences observez-vous entre le RAI et l'outil dont vous êtes le promoteur ?
    - Quelles similitudes observez-vous ?
27. Connaissez-vous **l'OEMD SMAF** ?
    - Quelles différences observez-vous entre l'OEMD SMAF et l'outil dont vous êtes le promoteur ?
    - Quelles similitudes observez-vous ?

VI . Conclusion

28. Pour conclure, quels sont pour vous les **avantages** d'un outil d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre des MAIA ?
    - Quelles sont les **limites** ?
29. Quels sont les avantages de l'outil dont vous faites la promotion dans le cadre des MAIA ?
    - Quelles sont ses limites ?
30. Quelles **améliorations** pourriez-vous faire pour rendre cet outil encore plus pertinent ?
    - Dans quel délai ?